Д. Н. Исаев

Психиатрия детского возраста

Психопатология развития

Учебник для вузов

Санкт-Петербург
СпецЛит
2013

УДК 616.8
И85

А в т о р:

Исаев Дмитрий Николаевич — заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии Института специальной педагогики и психологии. Основные научные интересы сосредоточены в области умственной отсталости, психосоматических и соматогенных нервно-психических расстройств, особенностей психологии соматически больных детей, психосексуального развития и полового воспитания. Результатом научных исследований автора явились более 300 публикаций, в том числе более 20 монографий и руководств.

Исаев Д. Н.

И85 Психиатрия детского возраста: психопатология развития : учебник для вузов. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 481 с. — ISBN 978-5-299-00524-0.

Учебник создан по образовательному стандарту Министерства общего и профессионального образования.

Основные идеи книги — связь возникающих у детей психических расстройств с социальными и психологическими факторами; наличие принципиальных возрастных различий в клинических картинах психических расстройств. Клинический материал излагается в соответствии с парадигмой психопатологии развития, которая является интегративным подходом к пониманию психопатологических проявлений в течение всей жизни, а не какой-то отдельной теорией. Даны представления обо всех психических расстройствах, встречающихся в раннем возрасте, в детстве и у подростков. Особенность этой книги в том, что в каждой главе, излагающей те или иные заболевания, представлена патопсихология этих болезней. Описаны методы и методики, используемые для диагностики нервно-психических расстройств у детей и подростков.

Учебник предназначен для студентов медицинских вузов, психологов и бакалавров-педагогов.

УДК 616.8

ISBN 978-5-299-00524-0

ОГЛАВЛЕНИЕ

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АКТГ — адренокортикотропный гормон
АТФ — аденозинтрифосфат
БОС — биологическая обратная связь
ВКБ — внутренняя картина болезни
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ДОКС — дезоксикортикостерон ацетат
ДЦП — детский целебральный паралич
ЗПР — задержка психического развития
ИК — интеллектуальный коэффициент
КТ — компьютерная томография
ЛГ — лютропин
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МРТ — магнитно-резонансная томография
ПДО — патохарактерологический диагностический опросник
ППФЛ — психогенные патологические формирования личности
ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография
РАС — ретикулярная активирующая система
СДВГ — синдром дефицита внимания и гиперактивности
СРРШН — специфические расстройства развития школьных навыков
ТАТ — тематический апперципционный тест
ФСГ — фалликулостимулирующий гормон
ЦНС — центральная нервная система
ЭхоЭГ — эхоэнцефалография
ЭЭГ — электроэнцефалограмма
REM — фаза быстрых движений глаз (фаза сна)
WISC — шкала Векслера для исследования интеллекта у детей

ПРЕДИСЛОВИЕ

В основу учебника «Психиатрия детского возраста» легли лекции заслуженного деятеля науки РФ профессора Д. Н. Исаева, которые на протяжении многих лет перерабатывались и использовались для подготовки будущих клинических и специальных психологов, а также специальных педагогов.

Содержание предлагаемой книги подготовлено в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по направлениям подготовки бакалавров: 050700 — специальное (дефектологическое) образование; 050400 — психолого-педагогическое образование; а также по специальности 030401 — клиническая психология, и входит составной частью в ряд клинических курсов.

Образовательный стандарт предопределил название учебника — «Психиатрия детского возраста», однако логика изложения материала и сам стандарт потребовали осветить происхождение, распространенность, систематику, динамику и элементы терапии описываемых расстройств психики не только у детей и подростков, но и отчасти у взрослых. В связи с этим автор вынужден был выйти за рамки того, что является в узком смысле содержанием детской психиатрии. Полагаем, что это увеличение объема улучшает содержание книги, дает возможность автору более углубленно излагать материал, что в конечном итоге делает более понятной для будущего специалиста значимость этого предмета и расширяет его кругозор. Особую ценность книга представляет для тех, кто будет работать с подрастающим поколением, поскольку во всех главах очень подробно излагаются особенности психопатологических симптомов, синдромов и психических болезней в детском и подростковом возрасте. Более того, чтобы показать существующую специфику детской психопатологии, выделено несколько глав, в которых более подробно описаны психические расстройства у детей младенческого, раннего, дошкольного, школьного и подросткового возраста. Следует также подчеркнуть, что, удовлетворяя потребности будущих клинических, специальных психологов и педагогов в практических рекомендациях, автор дает указания по коррекционно-развивающей работе при выявленных психопатологических синдромах и приводит патопсихологические характеристики психических заболеваний. Успешно реализована идея — показать связь возникающих у детей психических расстройств с социальными и психологическими факторами. Это, безусловно, воспитывает у учащихся стремление во всех случаях организовывать психотерапевтическую, психокоррекционную и педагогическую и социальную помощь.

Основная идея учебника — психопатология развития, т. е. интегративный подход, который собирает различные теоретические взгляды под одним «зонтиком», чтобы обеспечить понимание развития целостного человека (Achenbach T. M., 1990). По существу, в учебнике формулируется *парадигма психопатологии развития,* состоящая из целого ряда микропарадигм: биомедицинской, поведенческой, психодинамической, социологической, семейных систем, когнитивной. Благодаря этому подходу автор углубляет современные представления о нервно-психической патологии. В этом свете становится особенно очевидна неразделимость психических и соматических расстройств у одного и того же ребенка или подростка, обратившегося за помощью к медику или психологу.

Красной нитью проводится мысль о том, что невозможно категорично разделять психические расстройства и отклонения в развитии на эндогенные и экзогенные болезни. Убедительно показано, что в действительности возникающая психопатология определяется как внутренними условиями, так и провоцирующими их манифестацию внешними факторами. Различие состоит лишь в том, какие из этих факторов преобладают. Понимание студентами данной закономерности приведет к выводу о том, что необходимо разностороннее вмешательство при всех психических расстройствах вне зависимости от выявленной причины.

В процессе подробного анализа эмоциональных стрессов (психогенных воздействий) раскрыты значение и механизм действия таких социальных факторов, как трудные жизненные обстоятельства.

Все изложенное в учебнике должно привести будущего специалиста к мысли о приоритете психопрофилактики перед коррекционной и психотерапевтической работой. Осознание этого поможет специалисту уделять больше внимания первичной профилактике, т. е. предупреждению возникновения нервно-психических расстройств и патологических состояний, вторичной профилактике (предупреждению обострений уже имеющихся расстройств) и третичной профилактике (появлению новых болезней у инвалидов).

Современный характер предлагаемого учебника определяется тем, что его клиническая часть структурирована на основе Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992 г.). В то же время не игнорируются и традиционные нозологические представления ученых о систематике психических болезней.

С целью ознакомления студентов с детской психиатрией как наукой, которая играет большую роль в диагностике, индивидуализации коррекционной работы, реабилитации психических больных и абилитации имеющих отклонения в развитии детей, излагаются ее история и связи с другими науками.

Нозологическое направление, классификация психических состояний и заболеваний, а также анализ этиологических факторов позволят учащимся лучше понять суть психопатологии.

Расширению знаний о применяемых в психиатрии методических приемах и использовании их в психолого-педагогической работе будут способствовать представленные методы обследования детей с отклонениями в развитии и больных с психическими расстройствами.

Разделы учебника, посвященные описанию симптомов, синдромов, патологических состояний и заболеваний, иллюстрированы выдержками из истории болезни, что облегчает возможность студентам получить практические навыки по своевременному выявлению первых признаков психических расстройств.

Каждый раздел учебника сопровождается тестами или вопросами для самостоятельной проработки усвоенного материала, а также литературой, которая может оказаться полезной не только для студентов, но и для уже завершивших образование специалистов.

В заключение следует сказать, что учебник профессора Д. Н. Исаева, преподающего в высших учебных заведениях более полувека, восполняет давно существующий недостаток учебных пособий по психопатологии и психиатрии для психологов и педагогов. В связи с указанными достоинствами он может быть рекомендован для использования в учебном процессе при преподавании психопатологии детского возраста не только будущим клиническим, специальным психологам и специальным педагогам, но и другим специалистам педагогических вузов, социальных факультетов, которые будут работать с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и жизнедеятельности.

Учебник будет также полезен педиатрам, детским неврологам и психиатрам, нейрофизиологам и нейропсихологам, а также всем, кто по роду своей деятельности имеет дело с больным ребенком.

*Л. М. Шипицына ректор Института специальной педагогики и психологии,
заведующая кафедрой специальной психологии Санкт-Петербургского
государственного университета, доктор биологических наук,
профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации*

ВВЕДЕНИЕ

РОЛЬ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В ПОДГОТОВКЕ ПСИХОЛОГОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ

Следует развеять достаточно распространенное заблуждение о том, что психолог, как и другие специалисты-непсихиатры, не должен заниматься психическими больными, так как он с ними не встречается, а если это и происходит, то ему необходимо сразу направить больного к психиатру, не принимая участия в его судьбе. В действительности это большая ошибка. Существует множество измененных личностей, которые или никогда не лечатся, или делают это редко. Они находятся в обществе психически здоровых людей. Значительное их число — среди подростков с девиантным поведением, отклонениями в развитии, нарушениями органов чувств. Они часто нуждаются лишь в коррекционных педагогических мерах. Кроме того, даже требующие лечения психически больные могут долгое время (до выраженного проявления заболевания) находиться в обществе, прежде чем им будет поставлен диагноз. Обе эти группы психических расстройств требуют подхода, который возможен лишь при понимании границ между психическим здоровьем и болезнью. Изучение этих границ — задача пограничной психиатрии. Последняя — «область несравненно более тонкая, область более сложная, требующая гораздо большего опыта, навыков и знания, чем психиатрия большая, где речь идет о душевнобольных в узком смысле слова» (Ганнушкин П. Б., 1924). Одно из приложений психиатрических знаний — выявление разнообразной психопатологической симптоматики, нередко наблюдающейся у лиц с отклонениями в развитии, речевой патологией, нарушениями органов чувств.

В то время, как некоторые психологи не считают психиатрию обязательной для основательного обучения, многие люди без всякого психологического образования (администраторы, юристы, педагоги, воспитатели и обыватели) полагают, что компетентны в этой отрасли медицинских знаний. Они пытаются делать свои заключения, которые нередко приносят вред тому, кого они касаются.

Детская психиатрия, объединяя медицинские знания, дает профессионалу, работающему в области специальной психологии и педагогики, необходимые предпосылки для формирования его мировоззрения. Она снабжает поучительными и полезными для профессионалов знаниями. Главной целью преподавания этой клинической дисциплины является развитие мышления, способного оценить психические явления и его отклонения. Нет соматической медицины с одной стороны и психиатрии — с другой; медицина, так же как и объект ее изучения — больной человек, едина. Лишь практическая жизнь и психиатрическая клиника разделяют две стороны одного и того же дела. При этом психиатрическая клиника имеет свои особенности, которые не встречаются в других отраслях клинической медицины. Психиатрическое мышление является по необходимости и очень углубленным, и очень широким. Оно не может игнорировать общего состояния организма. Наука, всесторонне изучающая ребенка, исследуя в неотрывной связи его биологическую сущность и душевную организацию, приводит неоспоримые доводы в пользу необходимости всестороннего изучения клиента (больного).

Каждый нервно-психический больной — в то же время и соматический больной. По мнению Д. Д. Плетнева (1989), нет соматических болезней без психических из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов. В этой связи обследованию психики обязательно должно предшествовать изучение соматического состояния любого консультируемого ребенка, даже не имеющего статуса больного.

Защищая самостоятельность, психиатрия в начале своего формирования в качестве самостоятельной науки стремилась уйти подальше от соматической медицины. В настоящее время все хорошо понимают, что от связи психиатрии с общей медициной выигрывают обе науки, лучше понимается больной, а потому и эффективнее оказывается ему помощь. Примером плодотворности такого взаимодействия могут служить используемые в теории и практике концепции: психопатологии развития, внутренней картины болезни, соматизации нервно-психических нарушений и психосоматических расстройств.

Психика каждого больного ребенка не остается безучастной при любом соматическом заболевании. С одной стороны, она зависит от органов и систем, пораженных при болезни, от инфекционных, токсических и других воздействий. С другой — возникает реакция личности, направленная на само заболевание, соответственно страданиям и боли, в то же время она соответствует личностным особенностям больного. Более точно и всестороннее под названием внутренней картины болезни (ВКБ) описал психическое состояние соматического больного Р. А. Лурия (1935). Он считал, что ВКБ — это «все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Вся эта комплексная реакция должна учитываться психологом и всеми, кто работает с детьми, во время их даже кратковременных болезней, не боясь ни недооценить психическое состояние, ни переоценить его. При этом оценка психического состояния больного будет тем правильнее, чем точнее будет определен тип личности заболевшего, от которого в значительной степени зависит успешность борьбы с заболеванием.

Феномен «соматизации», т. е. появление таких симптомов нарушения телесных функций, как головные боли, бессонница, исчезновение аппетита, боли в животе, вялость, слабость и т. д., часто наблюдается при нервно-психических расстройствах. Он является эквивалентом психопатологических проявлений и может служить убедительной иллюстрацией существующей тесной связи между телом и психикой, которая обнаруживается в процессе заболевания.

Широко распространены «болезни адаптации», или психосоматические расстройства (соматоформные): гипертоническая болезнь, язва желудка, бронхиальная астма, психическая анорексия и другие болезни. Их распространенность у детей превышает 40 %. Они являются нарушениями деятельности различных органов и систем тела, происхождение которых в большей или меньшей степени связано со стрессами (накоплением отрицательных эмоций в связи с переживанием житейских трудностей). Эти болезни являются еще одним убедительным доказательством существующей у людей взаимосвязи соматического и психического. Сказанное можно обобщить следующим образом: без осознания профессионалом факта целостности душевного и телесного невозможно успешно распознавать нервно-психические расстройства, помогать больным и консультировать здоровых детей.

Общая психопатология, являющаяся частью психиатрии, изучающей симптомы душевных болезней и их сочетания (синдромы), представляет материалы, необходимые для понимания больного, для диагностики заболеваний.

Изучение распространенности психических заболеваний обнаруживает все увеличивающееся число психических больных среди взрослых и детей. Первичная инвалидность вследствие психических заболеваний в 1990 г. была 2,51 че-

ловека на 100 тыс. населения, в 1996 г. — 3,88, т. е. выросла на 54,6 %. Каждый год в отдельных регионах России число суицидов увеличивается на 10 %. По сравнению с 1960-ми годами в настоящее время риск родить умственно отсталого ребенка увеличился в 1,5—2 раза. Выявление причинных факторов, приводящих к возникновению нервно-психических расстройств, констатирует существование широкого круга вредностей: от материнской депривации до региональных и глобальных экологических катастроф. Все это должно привести психолога и педагога к выводу о необходимости проведения в детско-подростковой популяции, являющейся контингентом повышенного риска, всеохватывающей психопрофилактики. Вместо декларативных призывов к профилактической работе необходимо использовать методики выявления контингентов детей повышенного риска. В частности, придется изучить эпидемиологические методы. Более того, следует знать, что никакая превентивная деятельность невозможна без организации соответствующей работы среди педиатров, педагогов, воспитателей, служащих открытых и закрытых детских учреждений, администраторов, без привлечения добровольных помощников из местной общественности, верующих, родителей больных, представителей фондов и других организаций, готовых помогать страждущим. Психологам и другим специалистам, работающим с детьми, необходимо освоить методические приемы для работы с членами семей, где воспитываются дети, чтобы помочь в создании благоприятного психологического климата, столь необходимого для адекватного воспитания и сохранения здоровья детей. Следует организовать совместную деятельность с педиатрами, педагогами, обучить анализу отношений в семье и методике помощи ее членам, что расширит круг специалистов, помогающих семье укреплять душевное благополучие и правильно воспитывать детей. Консультирование соматически больных детей позволит улучшить вторичную профилактику, распознать неразвернутые формы или начальные проявления соматогенных нервно-психических расстройств. Кроме того, следует направить внимание на психологические проблемы, возникающие у хронически больных, особенно у физически неполноценных инвалидов-детей и подростков, а также у умирающих больных. Большую роль психолог может сыграть в реабилитации детей, перенесших соматические болезни. Значительных успехов в сохранении и укреплении психического здоровья детей можно добиться организацией психопрофилактики непосредственно в детских садах и школах, привлекая для этой цели воспитателей и учителей. Педагогам следует знать о возрастных психологических особенностях детей, о различных психических состояниях и типичных проявлениях некоторых отклонений. Дети, и особенно подростки, тоже смогут участвовать в укреплении своего здоровья, для этого их придется ознакомить с элементами психологии и некоторыми проявлениями нервно-психических расстройств. Через педагогов возможно также привлечение к психопрофилактической работе всех тех, кто работает с детьми в часы досуга (инструкторов кружков, тренеров спортивных секций, хореографов и т. д.), а также родителей и других членов семьи. Психологам необходимы знания по психологии семьи, без чего невозможно анализировать процессы, происходящие в семье и оказывающие решающее влияние на формирование личности ребенка, укрепляющие или разрушающие ее защитные силы. Знания социальной динамики позволят правильно понять воздействие на семью положительных и отрицательных факторов, а также управлять ими. Для психологов и других специалистов, работающих с детьми, это имеет особое значение, так как примерно 80 % психогенных расстройств (неврозов, нарушений поведения), возникающих в детском возрасте, обусловлены неблагоприятной семейной ситуацией. Психопрофилактика должна быть приоритетной по сравнению с любыми другими видами деятельности: консультированием, кор-

рекционно-педагогическими мерами воздействия на больных или аномальных детей и подростков и др. Сохранение психического здоровья детей и предупреждение нервно-психических расстройств целесообразнее, доступнее и эффективнее, чем коррекция и лечение уже возникших нарушений и заболеваний. Осознание этого должно привести к тому, чтобы все специалисты, работающие с детьми, разрабатывали меры первичной, вторичной и третичной профилактики. При этом первичная профилактика была бы направлена на недопущение развития заболеваний. Вторичная — на предупреждение осложнений, а третичная — на создание препятствий появлению новых расстройств у хронически больных или инвалидов со стойкими отклонениями в развитии психики.

Знания по психопатологии развития необходимы для определения границ компетентности непсихиатров в отношении курируемых детей и очертаний этого контингента. Полученные сведения позволят уточнить особенности психического состояния детей, а также учесть возрастную специфику патопсихологии, без которой невозможен эволюционный подход к диагностике созревающей личности, понимание динамики заболевания и лечение в соответствии с возрастом больного.

Психиатрическая подготовка дает будущим специалистам возможность правильно определить, имеются ли у детей отклонения, чтобы направить их, при необходимости, в то или иное детское учреждение с учетом наличия или отсутствия психопатологических симптомов.

Психологу для совместной работы с врачами (педиатром, психиатром, неврологом) необходимо также разбираться в терминологии и симптоматике нервно-психических расстройств. Не ориентируясь в ней, невозможно правильно составить психологическое заключение в случае подозрения на наличие психического заболевания. Консультируя родителей, педагогов и других специалистов, работающих с детьми, имеющими отклонения в развитии, психологи должны использовать сведения из области возрастной психиатрии. Эти сведения могут иметь большое значение для успешной абилитации (социальной адаптации) и реабилитации больных детей и подростков.

Знакомство с отдельными симптомами, их сочетаниями в форме синдромов и наиболее часто встречающимися заболеваниями позволит правильно ориентироваться в психопатологии. Откроется путь для более точной диагностики различных вариантов нарушений поведения и патологического развития личности. Появится возможность разобраться во всех оттенках переживаний невротических больных и научиться отграничивать их от психотических расстройств. Исчезнет опасность не распознать у детей появление эпилептических состояний и даже нетипичных проявлений эпилептической болезни. Соматические заболевания больных детей не будут рассматриваться в отрыве от их душевного состояния, от которого эти болезни в той или иной степени зависят.

Особенное значение освоенные знания по психопатологии имеют для анализа психических аномалий при речевой патологии, некоторых поведенческих нарушений, парциальных форм психического недоразвития и задержек психического развития. Они позволят без больших ошибок диагностировать структуру психических расстройств, имеющихся при различных степенях умственной отсталости, задержках психического развития и парциальных нарушениях психики. Этот анализ облегчит составление рекомендаций по коррекционной педагогике и абилитации детей с отклонениями в развитии.

Изучая психиатрию, учащийся получает очень важные знания по клиническим и другим методикам изучения психически больного ребенка, а также его семьи. Возникает понимание необходимости этих исследований для диагностики и оценки динамики психических нарушений под влиянием терапии. Осваивает-

ся специфика сбора субъективного анамнеза жизни и болезни, полученного от больного ребенка. Из объективного анамнеза, собранного не от самого больного, а от его окружающих (по возможности незаинтересованных свидетелей болезни), прежде всего от родителей и родственников, может быть получен материал, который, возможно, станет решающим для установления диагноза. Анамнез тоже является источником сведений о родителях больного. Психопатология позволяет овладеть схемой обследования психически больного, которая представляет собой структурированную беседу. С ее помощью удается выявлять отдельные симптомы и даже распознавать заболевание. Умение беседовать с психически больным дается не только знанием и опытом, но и определенными психическими качествами: вдумчивостью, внимательным отношением к больному, правдивостью, простотой в общении, лишенной лицемерия и слащавости. Именно это необходимо для успешного получения анамнеза. Существенное значение имеет наблюдение за поведением больного. В связи с большой длительностью психических заболеваний, повторностью приступов, возможностью неполного выздоровления особенную роль играет катамнез (прослеживание судьбы больного). Он важен также для оценки результатов лечения, абилитации, реабилитации и качества жизни больного.

Психологам крайне необходимы знания методов психопатологической диагностики. Их используют для оценки уровня интеллектуального функционирования, особенностей созревания личности в целом, выявления психотравмирующих комплексов, диагностики психических дефектов, установления функционального диагноза.

Уровень профессионального мастерства психологов не может быть высоким без знания современных научных направлений и систематик заболеваний — Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и других. Освоение этих систематик позволит специалисту не только правильно кодировать психические расстройства, но и успешно проводить их диагностику и дифференциальную диагностику.

Курс психиатрии дает представление об основных электрофизиологических, рентгенологических, биохимических и других лабораторных методиках. Сведения об этих параклинических исследованиях и получаемых в результате их проведения данных необходимы для понимания важности изучения биологических основ психических заболеваний с целью их диагностики. Они используются также для проникновения в этиологию и патогенез (механизм развития) диагностируемых болезней.

Психологу жизненно необходимо освоить и социальную психиатрию. Она ставит своей целью учитывать появление психически больных, что позволяет иметь представление о распространенности различных форм психопатологии. Без этих знаний невозможно оценить степень опасности того или иного заболевания, очень сложно осуществлять превентивные меры в отношении групп повышенного риска. В настоящее время это особенно актуально, так как очень быстрые социальные и экономические изменения в стране приводят к росту нервно-психических расстройств, алкоголизации и наркотизации. Так, половина дошкольников эмоционально неустойчива, треть — беспокойна, агрессивна, или напротив, боязлива. 16—29 % детей 6-летнего возраста не готова к обучению в школе. У трети школьников наблюдаются невротические расстройства. Только 15—20 % детей оканчивают школу практически здоровыми, остальные страдают язвой желудка, гастритом, колитом, неврозами, гипертонической болезнью и другими психосоматическими заболеваниями и нервно-психическими расстройствами. Столь раннее нарушение детского здоровья объясняется в первую очередь неблагополучием

в семьях, нестабильностью материального положения, конфликтами между членами семьи, пренебрежением родительскими обязанностями и т. д.

Социальная психиатрия разрабатывает юридические нормы, защищающие права несовершеннолетних больных и регламентирующие работу с ними. Она же формулирует правила, определяющие, кого из детей, как и когда следует консультировать у детско-подросткового психиатра, кто и при каких условиях направляется в стационарные учреждения. Взаимодействие с психиатрической службой позволяет успешнее помогать больным, если у них распознаются нервно-психические расстройства и они своевременно направляются к психиатру для лечения. Кроме того, специалисты, сотрудничающие с психиатром, могут получить информацию о совпадении своих заключений по поводу предполагаемых расстройств с врачебной диагностикой, а также о состоянии направленных на лечение детей. Это поможет проконтролировать уровень психиатрических знаний и тем самым будет способствовать их улучшению.

Существует понимание важности проблем умственной отсталости и задержек психического развития, однако не у всех завершивших высшее психологическое образование хватает умения без больших ошибок диагностировать эти состояния. Освоение приведенного здесь комплекса знаний и умений должно ликвидировать этот пробел, дать необходимые знания и предоставить возможности для получения необходимого опыта.

Изменение структуры семьи, новое положение женщины в обществе, более свободная сексуальная мораль, акселерация подростков, опасность заболевания СПИДом и другими заболеваниями, передающимися половым путем, — все это у детей, и особенно подростков, в процессе возрастных изменений создает психологические трудности, а иногда и приводит к нервно-психическим расстройствам. Это, вместе с другими факторами, — важные аргументы в пользу ознакомления с закономерностями психосексуального развития и его аномалий, а также основ полового воспитания.

Не только правовым, но и нравственным ориентиром в работе психолога может служить принятый в 1992 г. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Основные его положения, касающиеся детей, требуют скрупулезного их соблюдения, и именно это будет создавать единственно возможный деонтологический климат в процессе работы с детьми, имеющими нервно-психические расстройства и отклонения в развитии, а также с их семьями. Детальное изучение других официальных документов также должно являться не только укреплением юридических знаний, но и способствовать созданию обязательной высокой моральной атмосферы, являющейся необходимым условием оказания помощи душевнобольным детям и подросткам.

Перефразируя слова П. Б. Ганнушкина, можно в заключение сказать, что главная цель и изучения, и преподавания психиатрии должна состоять в том, чтобы научить специальных психологов и других специалистов, работающих с детьми, быть патопсихологами не только в детских учреждениях и центрах, но прежде всего, в жизни, т. е. относиться к так называемым душевно здоровым, нормальным детям с тем же пониманием, с той же мягкостью, с той же вдумчивостью, но и с той же прямотой, как к душевно нездоровым; разница между теми и другими, если иметь в виду границы здоровья и болезни, вовсе не так уже велика.

Глава 1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИАТРИИ КАК НАУКИ

Знание истории психиатрии имеет не только познавательное, но и определенное воспитательное значение. Возрастающее в течение времени гуманное отношение к психическим больным дает пример того, как должен профессионал вести себя с клиентами и учениками; не только не унижать человеческое достоинство, но и создавать вокруг них благоприятный психологический климат в семье, классе, группе и т. д.

Изучение истории психиатрии показывает, что представления о психических расстройствах связаны с господствующими в ту или иную эпоху философскими взглядами. В этой связи можно выделить 4 основные тенденции, развивающиеся на протяжении человеческой истории:

1. *Магический подход* — рассмотрение необъяснимых явлений в психике как магических. В примитивном обществе ответственными за болезни души и тела считали духов. В Древнем мире считалось, что боги властвуют над душами здоровых и больных. В Средние века возникновение помешательства связывали с кознями дьявола или с добровольным общением с ним. Психоз считали результатом одержимости бесовскими силами, вселения в человека дьявола.

2. Органический подход — объяснение душевных болезней телесными причинами. Греческий философ Гиппократ (IV в. до н. э.), как и некоторые другие его современники, связывал появление психических расстройств с материальными явлениями: смешением соков в организме. Мозг он считал органом познания и приспособления человека к среде. Он говорил: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радость, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы — происходят от мозга… От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога страхи, либо ночью, либо с наступлением дня». В XIX в. Т. Мейнерт (1833—1892) уже определенно связывал возникновение психозов с болезнями больших полушарий мозга. В. Гризингер (1814—1868) указывал на то, что многие нервно-психические болезни обязаны своим происхождением соматическим заболеваниям. В XX в. достигнут такой успех в психиатрии, что, например, А. Фёллинг (в 1934 г.) сумел объяснить происхождение фенилкетонурии (одной из форм умственной отсталости) отсутствием фермента фенилаланингидроксилазы.

3. Психологический подход — обнаружение психологических причин психических нарушений. Возникновение взгляда на психические расстройства как на последствие страстей и пороков можно представить как трансформацию средневековых представлений о влияниях злого духа на души людей. В начале XIX в. представители «Психической школы» И. Гейнрот (1773—1843), рассматривавший религиозную мораль как причину психических расстройств, К. Иделер (1795—1860), отстаивавший в этом качестве чистую мораль, Ф. Бенеке (1789—1854), видевший в крайнем психологизме ответ на вопрос об этиологии психических расстройств, и другие утверждали приоритет психологических факторов в происхождении душевных болезней. В конце XIX — начале XX в. З. Фрейд (1856—1939) конкретизировал механизмы психологических воздействий, которые способны

привести к возникновению неврозов и психозов. Ими он считал вытесненные из сознания эмоции и побуждения. Это направление разрабатывалось в течение XX в. трудами его учеников и последователей — К. Юнга (1875—1961), А. Адлера (1870—1937), Е. Блейлера (1857—1939), К. Хорни (1885—1953) и многих других.

4. Интегральный подход — понимание психических расстройств как изменение работы сложного физиологического механизма (организма) и осознающего себя индивида (личности) под влиянием трудных жизненных обстоятельств и связанных с ними эмоциональных стрессов, тревоги, гнева, страха, безнадежности. Г. Селье (1946) при так называемом адаптационном синдроме выявил цикл органических реакций в ответ на чрезвычайные внешние раздражители. Его учение, наряду с работами И. П. Павлова (1849—1936) и З. Фрейда, легло в основу клинического и экспериментального исследования взаимодействия между душой и телом. Возникло психосоматическое направление в медицине (Дойч Ф., 1884—1964, Гроддек Г., 1886—1934; и др.), рассматривающее соматические расстройства в неразрывной связи с состоянием психики, а психические болезни неотрывно от телесных изменений. По сути, этот подход — отражение признания того, что не существует ни психической, ни соматической болезни. В практике мы встречаемся с больным человеком, имеющим в разных пропорциях сочетания как психических, так и соматических нарушений. От преобладания одних или других и зависит диагноз душевного или телесного заболевания. Преимущество данного подхода в том, что вне зависимости от того, расстроена психика или возникло соматическое заболевание, он предполагает необходимость использования не только лекарственных препаратов, действующих на соматические симптомы, но и средств психотерапии.

В то же время развитие психиатрии определяется потребностями общества в организации помощи душевнобольным, социальными условиями, связанными как с преобладающими представлениями об этиологии душевных расстройств, так и с материальными возможностями государства и его общественных институтов.

В Средние века, когда в рамках феодальных государств стали развиваться города, из-за скученности проживания людей возникла необходимость изоляции психических больных. Однако из-за преобладания в это время взгляда на душевные болезни как на одержимость дьяволом больных содержали в монастырях. А в некоторых странах психических больных даже подвергали уничтожению на кострах инквизиции.

Позже, в XV—XVII вв., в бывших тюрьмах и казематах стали организовывать убежища для психических больных, где их содержали в неприспособленных для существования людей помещениях, избивали, не кормили и приковывали цепями.

В конце XVIII — начале XIX в. произошла буржуазная революция во Франции, которая провозгласила защиту прав человека. В соответствии с гуманистическими идеалами того времени Ф. Пинель (1745—1826) в Париже начал превращать полутюремные убежища для сумасшедших в медицинские учреждения для душевнобольных. Одно из важных его нововведений на пути превращения последних из отвергаемых обществом монстров в ранг больных — ликвидация цепей. Все же в обиходе больниц оставались смирительные рубашки и другие меры стеснения больных. Продолжил борьбу с ограничениями свободы больных британский психиатр Д. Конолли (1794—1866). В Англии он ввел режим «нестеснения» психических больных, который оказал большое влияние на формирование более гуманного отношения к пациентам психиатрических больниц во всем мире. В других странах также были сделаны первые шаги по организации психиатриче-

ских больниц. В США первая психиатрическая больница была открыта в штате Вирджиния (1773). В этой стране преобразования в психиатрии связывают с именем Б. Раша (1745—1813).

В России никогда не обращались с душевнобольными так жестоко, как в странах Западной Европы. Обвинения в «бесовой порче» и казни психически больных были единичными. Больных чаще воспринимали как «богом наказанными» и потому не относились к ним как к враждебной силе. Уже в IX—XI вв. организовывалось призрение душевнобольных в монастырях Киева и позже в Москве. В царствование Петра Великого было запрещено направлять «сумасбродных» в монастыри и предлагалось помещать, в специальные больницы. Однако первые психиатрические больницы были открыты в 1876 г. в Новгороде, Риге и Москве, в 1879 г. организовано отделение в Санкт-Петербурге. Гуманистические преобразования особенно активно проводил главный врач психиатрической больницы в Москве (с 1828 г.) В. Ф. Саблер. При нем были уничтожены цепи, организованы досуг и трудовая терапия больных, заведены истории болезни, рецептурные книги, появились врачи примерно с теми же обязанностями, что и в настоящее время. В Санкт-Петербурге такие же изменения в судьбе больных произвел И. М. Балинский (1827—1902), первый российский профессор психиатрии (с 1857 г.). Он превратил отсталое психиатрическое учреждение в передовую клинику. С его участием создавались проекты новых психиатрических больниц. Реформы в российских психиатрических учреждениях связаны с именем С. С. Корсакова (1854—1900), одного из основателей российской научной психиатрии и нозологического направления. В его московской психиатрической клинике были ликвидированы все меры стеснения, упразднены изоляторы, были сняты решетки с окон отделений, введены постельное содержание острых больных и занятия на открытом воздухе для больных с затяжными болезнями.

После 1917 г. осуществлялись попытки превращения медицины, задачей которой было лечение, в здравоохранение, целью которого стало бы еще и предупреждение болезней. В русле этих преобразований в 1919—1923 гг. было начато создание внебольничной психиатрии. Опережая зарубежные страны, отечественные психиатры (Бехтерев В. М., 1857—1927, Ганнушкин П. Б., 1875—1933, Розенштейн Л. М., 1884—1935, и др.) организовывали психоневрологические институты и диспансеры для оказания медицинской, консультативной и социальной помощи больным, страдающим психозами, неврозами и прочими пограничными психическими заболеваниями. Их функциями стали:

1. Активное выявление и учет больных, наблюдение за ними и амбулаторное лечение.
2. Восстановление здоровья психических больных и своевременное направление в больницу в случае необходимости.
3. Проведение психиатрической экспертизы больных.
4. Оказание консультативной помощи другим специалистам.
5. Правовая, социальная и патронажная помощь больным, находящимся под наблюдением диспансера.
6. Реабилитация психических больных, вовлечение в трудовую деятельность и трудоустройство больных с остаточной трудоспособностью.

В кратком очерке трудно привести имена всех зарубежных и отечественных психиатров, усилиями которых строилось здание психиатрической науки и осуществлялось совершенствование психиатрической помощи населению. В разделе об истории формирования детской психиатрии будут указаны многие из тех ученых, которые внесли свой вклад как в детскую, так и в общую психиатрию.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Возникновение детской психиатрии, как и любой другой науки, смогло стать возможным только тогда, когда соответствующая потребность и созрели необходимые условия. Уменьшившаяся детская смертность к концу XVIII — началу XIX в. привела к увеличению популяции подрастающего поколения, в том числе и с различными отклонениями в развитии. Одновременно пришло понимание того, что дети — не уменьшенная копия взрослых, а своеобразный развивающийся организм. Изменившееся мнение о сути душевной организации детей привело к новому взгляду на аномального ребенка, созданию новой науки. Для этого сложились и условия — появились педагоги и врачи (психиатры), которые уже могли отличать ребенка с отстающим развитием или отклоняющимся поведением от психически здорового ребенка. Все же процесс формирования науки о нарушениях психики у детей проходил сложно — в несколько этапов в течение более ста лет. По мнению Д. Дюше (1990), рассвет современной детской психиатрии связан с проникновением в мир детства и наступившим у людей пониманием его особенностей. Это в значительной мере определялось опубликованием работ выдающихся людей (Ж.-Ж. Руссо, Д. Дидро), в которых героями были дети, или которые были написаны для детей (В. Гюго, Ж. Санд, Г. Мало, А. Доде, Ч. Диккенс и др.), и, наконец, появлением научных трудов о детях (Песталоцци И., 1828; Дарвин Ч., 1876).

Во второй половине XVIII в. начали появляться отдельные описания детей с врожденной или приобретенной «душевной слабостью», проживавших в определенной местности (кретинизм), или возникавшей спорадически (идиотия). В 1798 г Ж. Итар предпринял первую попытку обучения умственно отсталого ребенка. В начале XIX в. стали создаваться подходы к *воспитанию и обучению умственно отсталых детей* (Сеген Э., 1846). Этот процесс, происходивший в спорах о перспективности занятий с дефектными субъектами, о принципах обучения, привел в дальнейшем к организации *специальных учебных заведений и изучению психического развития* (Прейер У., 1882; Холл С., 1891). При этом возможность возникновения психозов у детей категорически отрицалась, как думали в то время, из-за элементарности их психики и отсутствия у них переживаний трудностей жизни и опыта бурных страстей.

Только на границе XVIII—XIX столетий начали описывать единичные случаи острых психических расстройств у детей (Грединг, 1781; Перфект, 1794; Хаслем, 1809). Несмотря на эти наблюдения, К. Карус (1809) все еще утверждал, что дети могут страдать лишь слабоумием, но у них не может быть помешательства.

Накопление сообщений о психозах у детей позволило Э. А. Целлеру высказать мысль о том, что у них душевные болезни протекают так же, как и у взрослых, т. е. начальная меланхолия переходит в манию, а затем завершается деменцией. Шольц (1846) наблюдал ребенка с детским церебральным параличом, а Тор (1840) — с галлюцинациями.

Возможность *возникновения психозов у детей стала доказанным фактом* во второй половине XIX в. Вест (1860) описал ребенка со слабоумием, припадками и «истинным помешательством». Дюран-Фардель (1855) обнаружил у детей самоубийства. В Париже открыли психиатрическое детское отделение. Помье там же защитил первую диссертацию о психических расстройствах у детей (1856). О случаях детских психозов появились сообщения в Германии, Англии, Швейцарии, Америке. Первая монография о детских психических расстройствах была написана Берканом в 1864 г.

Конец XIX столетия — *поворотный пункт* в истории детской психиатрии. Х. Модсли (1867) пришел к выводу, что возраст может быть причинным фактором, он систематизировал известный опыт в области детской психопатологии и предложил свою классификацию детских психических расстройств.

Началом *современной детской психиатрии* считается выход в Германии книги «Психические расстройства детского возраста» Х. Эммингхауза (1887) и руководств: во Франции — П. Моро де Тура (1889), Н. Манхаймера (1899), в Англии — В. Айрленда (1889), в Германии — Л. Инфельда (1902), Г. Т. Циена (1902), В. Штромайера (1910) и А. Гомбургера (1926).

События, сыгравшие наиболее важную роль в формировании зарубежной детской психиатрии в XX в., можно сгруппировать следующим образом:

1. Были получены определенные знания о психическом развитии и его гетерогенности у детей. Для оценки психической зрелости и степени обучаемости детей *созданы психологические методики — тесты* (Бине А., 1905; Симон Т., 1905; Термен Л. М., 1921; Векслер Д., 1949). Начали проводиться регулярные *исследования психического развития детей* (Гезелл А., 1925), которые позволили понять закономерности нормального формирования личности и научиться выявлять отклонения. Общественные движения, возглавляемые психиатрами и психологами США (Майер А., Джеймс У.), положили начало развитию *психогигиены,* а затем — *движению за детскую психопрофилактику* (Хили У., 1909; Айхорн А., 1918, и др.), что способствовало становлению детской психиатрии.

2. Развитие *динамической психиатрии*, связанное с изучением всего случившегося на жизненном пути больного, всех его переживаний, повысило значение детства, нередко отягощенного серьезными психическими травмами, которые стали рассматриваться как возможные этиологические факторы психических заболеваний (Крепелин Э., Фрейд З., Майер А.).

3. Начатое в конце XIX в. *изучение подростковой преступности* и нарушений поведения у детей привело к введению в юридическую практику *детских судов* (в Австралии в 1895 г.; в США в 1899 г.). Для оценки причин правонарушений потребовалось изучение личности детей и среды, из которой они вышли. С целью предупреждения детской преступности организовывались *воспитательные дома* для детей, лишенных родительской опеки. Для облегчения приспособления к жизни умственно отсталых стали создаваться программы специального обучения.

4. *Первые амбулаторные психиатрические учреждения* — консультирующие клиники (Child Guidance Clinics) — были созданы в Бостоне (США) в 1921 г., в Великобритании в 1926 г. Клиническая команда, работавшая в них, состояла из психиатра, психолога и социального работника. Руководство служб просвещения играло большую роль в развитии этих клиник, хотя часть из них и организовывалась в больницах. Перешли от изучения психологии обучения и интеллектуальных различий детей к психологии социального развития детей, что должно было помочь распознавать и исправлять поведенческие нарушения, выявлять эмоциональные факторы, лежащие в их основе. Появились учителя, подготовленные для работы с семьями, имеющими детей с отклонениями поведения.

5. Наблюдения за детьми сменились активной работой с ними, *исправлением их поведения и лечением*. Пришло понимание значения симптомов нервно-психических расстройств для анализа больных детей. З. Фрейд в 1905 г. изложил свои взгляды на детский невроз и его *психоаналитическое лечение*. Г. фон Хуг-Хельмут (1919) показала, что ребенок лучше выражает себя в игре, и предлагала использовать ее для изучения у него бессознательных психических процессов. М. Кляйн (1932) в психоанализе детей вместо свободных ассоциаций использовала игры. Она впервые начала истолковывать ранние психодинамические процессы мла-

денцев. А. Фрейд (1927) применяла психоанализ у детей лишь для лечения неврозов, считала установление положительных отношений с детьми и понимание их переживаний обязательными условиями терапии, их игру истолковывала как приспособление к реальности, работала в контакте с родителями. Она не только интерпретировала переживания детей, но и, будучи педагогом, оказывала на них воспитательное воздействие.

6. Для понимания развивающейся личности и психопатологических механизмов у ребенка много сделали Л. Каннер (1935), Р. Спитц (1947), Дж. Боулби (1951) и другие психиатры, изучавшие *отношения мать — дитя*. Возникло учение о материнской депривации как о бедной эмоциональными стимулами среде, препятствующей нормальному психическому развитию младенцев и приводящей к его задержке. Были сделаны выводы о роли ранних психических травм в происхождении нервно-психических расстройств в старшем возрасте.

7. Большое влияние на понимание детского поведения и на развитие детской психопатологии оказали труды И. П. Павлова — об условно-рефлекторной деятельности, Э. Торндайка и Дж. Уотсона — о научении, Н. Миллера и Дж. Долларда — о социальном научении, Г. Петтерсона и другие — об интеракционном анализе и социально-когнитивном анализе. Связанные с этими именами теории не только объясняли происхождение отклоняющегося поведения детей, но и служили основой создания *методов исследования и лечения*. Применение научного аппарата *этологии* (науки о поведении): территориального поведения, мотиваций, групповых структур, импритинга в детской психиатрии — углубило понимание поведенческих расстройств.

8. Изучение клинических особенностей нервно-психических расстройств у детей привело к созданию современных систематик психических болезней у детей. Уточнение описания клинических картин и роли некоторых этиологических факторов привело к выделению *новых клинических форм* (синдромы гиперактивности, трудности обучения, дефицита внимания, детского аутизма и др.).

9. Детская психиатрия перестала быть отдельной специальностью, работающей только со своими больными. Она проникла в суть профессии детского врача, психолога, педагога. Любой из них использует знания психопатологии для повышения эффективности своей деятельности. Педиатру знания психиатрии облегчают понимание эмоционального развития и состояния детей, без которого невозможна оценка происхождения и течения многих (психосоматических) болезней. Педагог, используя психопатологический анализ, раскрывает причины расстройств поведения. Возникла так называемая *связующая психиатрия*, которая изучает нервно-психические осложнения соматических заболеваний и психологические ситуации, возникающие в процессе заболевания, а также участвует в их лечении. Выявление психотравмирующих обстоятельств у детей с соматическими болезнями привело к выделению в детском возрасте *психосоматических расстройств* (психической анорексии и булимии, привычных рвот и руминации, энуреза, бронхиальной астмы и др.), изучению механизмов их происхождения и лечения.

10. Изучение эмоциональных расстройств у детей обнаружило, что депрессии у них встречаются чаще, чем предполагалось в этом возрасте, и что проявляются они атипично — в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Описан синдром жестокого обращения с детьми родителей и других лиц, воспитывающих детей. При таком обращении детей отвергают, лишают перспективы, понимающего, любящего отношения и при этом грубо обращаются, эксплуатируют, истязают, избивают, а иногда и используют в качестве сексуального объекта.

Детская психиатрия за двести лет прошла путь от отвержения специфичности душевных проявлений в норме и патологии у детей и подростков до признания их своеобразия. Проведено систематизированное описание и изучение причинных факторов, а также в значительной степени применено эффективное лечение. Детская психиатрия сформировалась за последние 100 лет в самостоятельную науку, тесно связанную с другими.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ

Научный интерес к детским психическим болезням в России появился в начале XIX в. Впервые душевные заболевания у детей были описаны Е. Н. Смельским (1829), С. Ф. Хотовицким (1847) и др.

Первые работы об умственно отсталых в России — «Очерки об истории нищенства» И. Г. Прыжова с социальным анализом их положения и «Ученики с медленным пониманием» Н. А. Добролюбова (1858), где описана психология этих детей и даны рекомендации по их обучению. Первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков в России было открыто в 1854 г. Ф. Плацом в Риге.

На первой российской психиатрической кафедре, открытой в 1857 г. в Медико-хирургической (ныне — Военно-медицинской) академии, были заложены основы развития детской психиатрии в нашей стране. Основатель этой кафедры — И. М. Балинский — начал изучение олигофрении. Его преемник — И. П. Мержеевский — зачинатель исследования соматического происхождения психических расстройств. Он доказал, что психическое недоразвитие — не атавизм, а следствие болезней головного мозга (1871). Там же сотрудник кафедры С. Н. Данилло в 1892 г. опубликовал статью «О детской кататонии», которая была первым в истории нашей страны описанием детского психоза.

Супруги И. В. и Е. Х. Маляревские создали до того не существовавшую детскую психиатрическую службу и медицинскую педагогику. В 1882 г. они открыли врачебно-воспитательное заведение для аномальных и психически больных детей. С 1904 г. это дело продолжал их сын — М. И. Маляревский. Б. В. Томашевский (1892), сопоставляя симптоматику с анатомическими данными, установил возможность хронического течения воспалительных заболеваний головного мозга, обуславливающих слабоумие.

О судьбе умственно отсталых и психически больных детей, которые бродяжничали, лишались свободы из-за отсутствия необходимых учреждений, писали В. И. Яковенко (1897), И. А. Сикорский (1904), П. И. Ковалевский (1906). С. С. Корсаков (1893) изучал у детей микроцефалию и состояния «преходящего слабоумия».

М. Брезовский (1909), исследуя психозы у детей, объяснил их более редкое возникновение, чем в юношестве, «громадным запасом жизненной энергии» и малым числом вредностей.

Педология (наука, всесторонне изучавшая детей), возникшая в России в 1904 г. (Нечаев А. П., Гундобин Н. П., Вартанов В. И.) дала еще один импульс развитию детской психопатологии.

Рождение детской психиатрии в нашей стране как самостоятельной науки относится к началу XX в. В. М. Бехтеревым в Петербурге (1908) был создан Психоневрологический институт с детским отделением при нем. Там работали его ученики и последователи, участвовавшие в создании детской психиатрии, — Р. Я. Голант (1927), С. С. Мнухин (1929) и другие Н. М. Щелованов разработал объективный метод изучения физической и психической эволюции ребенка.

К. И. Поварнин (1911) изучал воспитание человека с первых дней его жизни. Б. И. Воротынский и Н. Н. Тарасевич развивали детскую психологию и экспериментальную педагогику, а А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский и другие — детскую психоневрологию.

За обязательное обучение психически отсталых детей и организацию школ для них боролись Е. К. Грачева (1902), О. Б. Фельцман (1912), Н. П. и М. П. Постовские (1908), Н. В. Чехов (1923). Они, а также А. Н. Граборов (1915), Л. С. Выготский (1924) и другие, изучая психическое здоровье детей, создавали фундамент возникавшей специальности. В 1907 г. В. П. Кащенко открыл школу-интернат для обучения умственно отсталых детей. Он изучал социальную среду, в которой они воспитывались, и разрабатывал способы охраны их психического здоровья. А. С. Грибоедов (1914), изучая «дефективных детей», разрабатывал принципы воспитания и обучения их в семье и школе. А. Ф. Лазурский методом естественного эксперимента исследовал индивидуальные особенности детей. К 1911 г. вспомогательные классы уже созданы во многих городах России. В 1904 г. были организованы специальные исправительные колонии для малолетних преступников, а в Петербурге в 1910 г. начал заседать первый детский суд.

Г. И. Россолимо, учредивший Московский институт детской психологии и неврологии (1911), возглавил работу группы психопатологов: С. Я. Рабинович, И. М. Присман, Ф. Д. Забугина и др. Г. И. Россолимо в 1910 г. разработал «психологический профиль», предназначенный для количественной оценки основных особенностей души ребенка: психического тонуса, точности и прочности восприятия и ассоциативных процессов.

В 1912 г. А. Н. Бернштейн описал такие случаи раннего слабоумия, «когда больные рождаются на свет с готовой болезнью». Г. Я. Трошин в книге «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормального и ненормального» (1915) показал разницу между олигофреническим и постпсихотическим слабоумием. Эти расстройства он анализировал сравнительно-возрастным методом.

Психиатр В. А. Гиляровский исследовал порэнцефалию при идиотии (1908), доказав ее травматическое и сосудисто-воспалительное происхождение, занимался положением «ненормальных детей в России» (1915), «лечением и призрением душевнобольных и дефективных детей» (1919), открыл клинику для психически больных детей (1922). В своем руководстве он описал олигофрению, шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и эпидемический энцефалит у детей. Он и его ученики А. И. Винокурова, В. П. Кудрявцева, В. Н. Русских, Т. П. Симсон и другие своими трудами закладывали основы отечественной детской психиатрии.

М. О. Гуревич (1927) опубликовал первый в нашей стране учебник по психопатологии детского возраста в России. Он и его сотрудники Н. И. Озерецкий (1924), Е. А. Осипова (1925), Г. Е. Сухарева (1925) участвовали также в создании детской психиатрии.

Сформировались три направления в развитии отечественной детской психиатрии. Одно направление было тесно связано с педологией и дефектологией. Это направление не было успешным, так как не обеспечивалось общепсихиатрической основой, развивалось без достаточной клинической базы, хотя и обогащалось экспериментально-психологическими исследованиями. Его представители рассматривали большинство отстающих детей как необратимо дефектных.

Другое направление, связанное с общей психиатрией, было более плодотворно в связи со скрупулезным изучением симптоматики и динамики болезней, сосредоточением не столько на дефекте поражения, сколько на сохранившихся струк-

турах психики, а также из-за осознания того, что у больных детей обратимые состояния встречаются чаще, чем стойкие.

Третье направление, обязанное своим происхождением педиатрии, чаще и лучше других увязывало нервно-психические расстройства детей с соматической патологией и видело обратную зависимость — соматизацию нервно-психических заболеваний в детском возрасте. Становление детской психиатрии находилось в зависимости от степени изученности соматического здоровья детей, понимания педиатрами психических расстройств при телесных заболеваниях, с одной стороны, и приближения психиатрической помощи к населению — с другой.

В 1920—1940-е гг. одной из самых важных задач детской медицины была проблема соматических заболеваний и психических расстройств при них. Изучению последних при пороках сердца, ревматизме, кори, дизентерии, гриппе, туберкулезе, токсоплазмозе, сифилисе, менингоэнцефалитах, дистрофии и других заболеваниях посвятили свои исследования Н. Н. Боднянская (1936), В. В. Ковалев (1959), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1934), Е. А. Осипова (1934), Т. П. Симсон (1924) и др.

В 1950—1960-е гг. превалировали исследования у детей резидуально-органических психических расстройств, что определялось трудностями их диагностики, отсутствием эффективного лечения и в связи с этим частым возникновением инвалидизирующих нарушений. Большую роль в приоритете этих исследований сыграла невозможность в то время изучения генетических и психологических аспектов психических заболеваний. Последствиям перенесенных менингоэнцефалитов, травм головного мозга были посвящены работы М. О. Гуревича (1948), Э. С. Калижнюк (1978), К. М. Кандаратской (1936), С. С. Мнухина (1968), М. В. Соловьева (1933), Р. А. Харитонова (1961), Л. С. Юсевич (1940) и др.

Значительная распространенность судорожных явлений в детстве определила интерес к ним преимущественно в 1960—1980-е гг. Были изучены наследственная предрасположенность, этиопатогенез и возрастные особенности клиники детской эпилепсии. Получены обнадеживающие результаты при лечении. Наибольший вклад в решение этих проблем внесли Г. Б. Абрамович (1972), А. И. Болдырев (1990), А. Г. Земская (1971), В. К. Каубиш (1965), С. С. Мнухин (1929), К. А. Новлянская (1957), М. А. Успенская (1962), Р. А. Харитонов (1961), Г. Г. Шанько (1986).

В течение всех предшествующих десятилетий неуклонно увеличивалась распространенность состояний общего психического недоразвития — стойкого инвалидирующего недуга. Необходимость борьбы с ним требовала его многостороннего изучения. В результате исследованы этиология, клиника психического недоразвития в зависимости от возраста и были выявлены особенности динамики дефекта. Сформулирована проблема задержек психического недоразвития. Особенно много в этом направлении сделали Д. И. Азбукин (1936), Л. С. Выготский (1925), Л. В. Занков (1932), Е. С. Иванов (1968), Д. Н. Исаев (1965), А. Р. Лурия (1956), К. С. Лебединская (1969), В. И. Лубовский (1963), Г. С. Маринчева (1969), С. С. Мнухин (1945), Н. И. Озерецкий (1929), М. С. Певзнер (1949), Г. Е. Сухарева (1965), В. П. Эфроимсон (1962) и др.

Своеобразное нарушение психического развития — детский аутизм в нашей стране долгое время понимался как проявление детской шизофрении или психопатии. Подробное изучение этиологии, клинических форм, симптоматики, способов терапии и коррекционной педагогики детского аутизма привело к выделению его в качестве самостоятельного синдрома (Вроно М. Ш., Башина В. М., 1975; Иванов Е. С., 1997; Каган В. Е., 1976; Лебединская К. С., Никольская О. С., 1991; Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н., 1967).

Очень большое практическое (из-за большой распространенности) и не меньшее теоретическое значение имеет изучение у детей и подростков пограничных расстройств, т. е. расстройств, находящихся на грани здоровья и явных психических нарушений. Пониманию нарушений поведения, развития аномальных личностей, реакций на трудную жизненную ситуацию, происхождения неврозов способствовали достижения в общей психиатрии, нейрофизиологии и возрастной подход к анализу клинических фактов. Однако было бы правильнее, и это способствовало бы выработке более эффективного лечения, если бы наряду с изучением симптоматики больше уделялось внимания особенностям личности больных детей, ее формированию и участию в симптомообразовании. Несмотря на несоблюдение в первое время этих основных условий, отечественные детские психиатры А. И. Захаров (1971), В. И. Гарбузов (1966), В. А. Гурьева (1968), Е. И. Кириченко (1974), В. В. Ковалев (1968), М. В. Коркина (1959), А. Е. Личко (1973), Г. Н. Пивоварова (1962), Т. П. Симсон (1934), Е. Е. Сканави (1934), Г. Е. Сухарева (1934), Г. К. Ушаков (1958), Ю. С. Шевченко (1976) и другие достигли значительных успехов.

В 1980—1990-е гг. на передний план выдвинулась проблема аддиктивного поведения (злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние), тесно связанная с саморазрушающим поведением, и разные формы психической зависимости (алкоголизм, токсикомания и наркомания). Наиболее заметный вклад в изучение аддиктивного поведения и зависимости от психоактивных веществ у подростков и детей внесли В. С. Битенский (1988), Н. Е. Буторина (1978), В. Я. Гиндикин (1980), Н. Я. Копыт (1978), Ц. П. Короленко (1972), А. Е. Личко (1976), И. Н. Пятницкая (1971), П. И. Сидоров (1976).

Шизофрения и аффективный (маниакально-депрессивный) психоз у детей и подростков встречаются редко и потому в психиатрической практике занимают небольшое место. Однако инвалидизация большинства больных, необычные и нередко опасные проявления детской шизофрении послужили причиной интенсивного ее изучения. Сыграло роль и желание сравнить ее с шизофренией взрослых. В результате очерчены границы детской и подростковой шизофрении, разработана классификация, описаны возрастные особенности, предложено лечение. Наибольший вклад в этом направлении сделан М. Ш. Вроно (1963), А. Е. Личко (1980), М. В. Коркиной (1984), В. Н. Мамцевой (1956), К. А. Новлянской (1935), Н. И. Озерецким (1924), Т. П. Симсон (1926), Г. Е. Сухаревой (1933), А. Н. Чеховой (1963). Такому же серьезному изучению маниакально-депрессивного психоза мешало представление о невозможности его возникновения у детей и подростков. Однако оказалось, что этот психоз в детско-подростковой популяции встречается нередко, но не распознается из-за его атипичного протекания в форме соматических или поведенческих эквивалентов. Тем же менее попытки изучения аффективных психозов у детей и подростков делались (Дмитриева И. В., 1974; Иовчук Н. М., 1986; Лапидес М. И., 1940; Ломаченков А. С., 1968; Михаленко И. Н., 1976; Мнухин С. С., 1940; Озерецковский С. Д., 1973; Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М., 1988).

Последние десятилетия, в связи с большим сближением психиатрии с общей медициной ознаменовались повышенным интересом к психосоматическим расстройствам (болезням адаптации). Выяснилось, что происхождение этих болезней определяется не одними психотравмирующими обстоятельствами, а многими факторами, их симптоматика полиморфная, стойкая, а успех лечения возможен лишь при изучении отношения личности к болезни в содружестве педиатра и психотерапевта. Из изучения психосоматических отношений у детей и подростков сделан радикальный вывод — в происхождении, течении и лечении практически

всех заболеваний участвуют накапливающиеся отрицательные эмоции, из чего следует необходимость психосоматического подхода (выявления этих факторов) при любой патологии. В разработке этого нового направления участвовали Ю. Е. Вельтищев [и др.] (1988), Д. Н. Исаев [и др.] (1976), М. В. Коркина [и др.] (1963), В. И. Крылов (1992), Б. Е. Микиртумов (1985), А. А. Северный (1984), Ю. Ф. Антропов (1999) и др.

В настоящее время большое достижение детской психиатрии — возобновившийся после Т. П. Симсон, изучавшей нервно-психические расстройства раннего возраста (1924), интерес к этой проблеме. Это направление позволяет изучать ребенка как часть диады совместно с матерью и тем самым лучше понимать факторы, влияющие на формирование психики, и воздействовать на семью при наличии отклонений, что сулит большие возможности для психопрофилактики и лечения. К числу наиболее интересных работ в этом направлении относятся исследования И. В. Добрякова, Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой (1981), Е. И. Кириченко (1982), И. А. Козловой (1967), Г. В. Козловской (1995), Р. Ж. Мухамедрахимова (1999), А. К. Панасюк, А. Ю. Панасюка (1972), Л. А. Чистович, Е. В. Кожевниковой (1993).

Приведенный обзор показывает, что еще в начале XX в. не было отечественной детской психиатрии. За сто лет, опираясь на достижения многих дисциплин, и в первую очередь на общую психиатрию, педиатрию, педологию и детскую психологию, она прошла путь от собирания фактов до формирования собственных представлений и обобщающих теорий. Сегодня, будучи самостоятельной наукой, детская психиатрия вносит большой вклад в создание служб психического здоровья, предупреждение психических заболеваний и их лечение, продолжая в то же время проникать в суть психических расстройств и отклонений в развитии.

Вопросы

1. Каковы основные события в XIX в., предшествующие появлению детской психиатрии? 2. Когда появились первые обобщающие труды по детской психиатрии? 3. С какого времени и в связи с какими событиями ведется отсчет начала науки — детской психиатрии? 4. Какие этапы развития прошла детская психиатрия в XX в.? 5. Какой вклад в формирование детской психиатрии сделали психологи? 6. Какие психиатры создавали детскую психиатрию? 7. Первые работы в области изучения психических заболеваний у детей. 8. Основные направления в развитии детской психиатрии. 9. Первые организаторы психиатрической службы. 10. Организация помощи умственно отсталым. 11. Вклад психиатров в развитие детской психиатрии. 12. Роль психологов и педологов в развитии учения о психических болезнях детства. 13. Основные проблемы детской психиатрии и их разработка. 14. Хронологические этапы формирования детской психиатрии.

Литература

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М. : ИИП, 1999.

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней / пер. с англ. — М. : Прогресс-культура, 1995.

Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии. — М. : Просвещение, 1986.

Гиляровский В. А. Психиатрия. — М. : Медгиз, 1954.

Каннабих Ю. В. История психиатрии. — М. : Госмедгиз, 1928.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М. : Академический проект, 2000.
Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10. — СПб. : АДИС, 1994.
Круглянский В. Ф. Психиатрия: история, проблемы, перспективы. — Минск: Вышэйшая школа, 1979.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. — Л. : Учпедгиз, 1938.
Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. Г. В. Морозова. — М. : Медицина, 1988.
Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999.
Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М. : Медицина, 1955.
Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. : Медицина, 1973.
Федотов Д. Д. Очерки по истории отечественной психиатрии. — М. : Институт психиатрии, 1957.
Юдин Т. И. Очерки по истории отечественной психиатрии. — М. : Медгиз, 1951.

Глава 2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ

Психопатология детского возраста (возрастная психология) своими теоретическими подходами, применяемыми в практике, не может удовлетворить современного профессионала. Как правило, она использует одну-две теории, объясняющие детскую психопатологию. Эти точки зрения либо сводятся к преимущественному влиянию последствий органического поражения головного мозга, либо, игнорируя другие взгляды, стараются объяснить почти все нервно-психические расстройства стрессовыми воздействиями.

В отличие от этого психопатология развития представляет собой подход с позиций закономерностей развития, которая объединяет разные дисциплины и различные концепции.

Изменения, происходящие в процессе развития, определяются возрастом и представляют собой структурную и функциональную перестройку организма, связанную с количественными и качественными скачками, причем последние являются результатом формирования новых структур и функций (Ремшмидт Х., 2000).

Нормальное развитие оценивают по этапам в соответствии с возрастными периодами. Известно несколько моделей развития: З. Фрейда, Е. Эриксона, Ж. Пиаже, А. Джерсилда.

Модель З. Фрейда является, по существу, анализом психосексуального развития, которое состоит из следующих стадий: оральной, анальной, генитальной, латентной и подростковой (повторное переживание ранних конфликтов).

Е. Эриксон полагает, что в течение жизни индивид проходит ряд стадий психосоциального развития: доверия — недоверия; автономии — сомнения; инициативы — чувства вины; прилежания — чувства собственного достоинства; идентичности — ролевой диффузии.

Ж. Пиаже основным считает когнитивное развитие. Он выделяет стадии: сенсомоторную, символическую, интуиции, представлений, конкретных операций и формальных операций.

Теории развития описывают особенности изменений поведения индивидов на определенных этапах жизни, пытаясь их объяснить и сделать прогноз. В определенных возрастных стадиях при их нарушении им будут соответствовать более или менее свойственные расстройства. Например, младшему дошкольному возрасту присущи детский аутизм, анаклитическая депрессия, нарушения питания и сна. Среднему дошкольному — симбиотическое поведение, негативизм, робость, ночные страхи. Старший дошкольный возраст будет отличаться фобиями, кошмарными сновидениями, трудностями освоения речи, энурезом, энкопрезом. Для школьников характерны трудности в успеваемости, страхи школы, навязчивости, конверсионные симптомы, тики. У подростков, скорее всего, будут встречаться диффузия идентичности, нервная анорексия, делинквентность, шизофрения. Однако предложенный этими теориями подход к анализу развития нельзя считать вполне удовлетворительным. Не все классификации удается подтвердить эмпирически. Сложность, в частности, состоит в том, что возрастные границы стадий

вариабильны. При этом крайне трудно соотнести одну модель развития с другой. Кроме того, каждая модель оценки развития является односторонней, построенной на отдельных критериях формирования психики.

Современные теории развития основаны на формировании функций (рост тела, когнитивное развитие, моральное развитие, развитие идентичности и самоконцепции) в связи с задачами развития. Задача развития — стимул, который имеет индивид в определенный момент своей жизни и успешное достижение которого делает его счастливым и ведет к успешному решению последующих задач. И напротив, неудача делает индивида несчастным и приводит к неодобрению общества и трудностям в решении возрастных задач (Havighurst R., 1972).

В настоящее время общепринято считать, что развитие зависит от взаимодействия множества факторов.

Таким образом, «***психопатология развития*** *— это не какая-то отдельная теория, а скорее подход к пониманию психопатологических проявлений в течение жизни*» (Венар Ч., Кериг П., 2004). Психопатология развития — это интегративный подход, который собирает различные теоретические взгляды под одним «зонтиком», чтобы обеспечить понимание развития целостного человека (Achenbach T. M., 1990).

По существу, формулируется ***парадигма психопатологии развития****,* состоящая из целого ряда микропарадигм: биомедицинской, поведенческой, психодинамической, социологической, семейных систем, когнитивной. Эти микропарадигмы представлены соответствующими теориями. Например, поведенческая парадигма может складываться из теорий подкрепления, моделирования, оперантного научения, респондентного научения и др.

Ниже представлены факторы, которые получают объяснение в рамках микропарадигм и составляющих их теорий.

Генетические факторы

Наследственная информация передается через клеточные ядра генома, т. е. гены, которые находятся в хромосомах. Гены с принципиально одинаковой функцией называются аллелями. Разные аллели одного гена возникают вследствие мутаций. Фенотип — вариабельность признаков и состояний, зависящих от вариантов одного гена. Вариацией генотипа объясняется также разнообразие личностных факторов или когнитивных способностей, а также психических расстройств.

О существовании наследственной отягощенности исследуемых детей или подростков узнают, исследуя генеалогию семьи (болезни близких и дальних родственников), изучая близнецов, а также приемных детей.

Негенетические факторы

Вредности окружающей среды являются негенетическими факторами. Эти факторы могут быть семейного происхождения или индивидуально-специфического. Аллель повышает риск предрасположения к какой-либо болезни. Однако неблагоприятная генетическая информация реализуется при определенных обстоятельствах, для ее проявления необходимы специфические условия среды. Примером может быть отвержение родителями своих детей.

Отношение фенотип — генотип

Фенотип — интериндивидуальная изменчивость признаков и состояний (личностные признаки, наступающие время от времени болезненные состояния). Неслучайное проявление одного признака или признаков (фенотипов)

может быть обусловлено генетическими причинами, семейной ситуацией, суммарными взаимодействиями между семейными причинными компонентами, взаимодействиями между семейными и индивидуально-специфическими факторами.

На проявленное поведение ребенка могут влиять 3 типа взаимодействий:

1. Пассивное взаимодействие. Генетические факторы и факторы окружающей среды у живущих вместе людей ассоциированы друг с другом, и эта ассоциация передается в семье.

2. Реактивное взаимодействие. Генетически обусловленное поведение одного из членов семьи индуцирует реакции у связанных с ним лиц, что, в свою очередь, воздействует на идентифицированный случай.

3. Активное взаимодействие. Некоторые генетические диспозиции могут мотивировать носителя гена к созданию определенных окружающих условий.

В основе определенного фенотипа могут лежать разные генетические механизмы. Так, клинические проявления, связываемые с трисомией по 21-й хромосоме (синдрома Дауна), могут обнаруживаться и при выраженной эмбриопатии.

Модели передачи генетически сложных расстройств и признаков

При моногенных заболеваниях один ген является причиной возникновения заболевания. Этот ген передается по правилам Менделя (доминантно или рецессивно). Психические расстройства даже при семейном накоплении не наследуются по закону Менделя. Образец нерегулярного накопления наследственной отягощенности в семье может быть обусловлен взаимодействием нескольких генов (полигенная передача).

При полигенной передаче на выраженность фенотипа могут влиять генетические варианты в различных локусах; эти модулирующие риск гены воздействуют кумулятивно (усиливая влияние друг друга). При этой модели один ген не является для признака ни достаточным, ни необходимым, не является он и причинным, скорее он влияет на вероятность проявления признака. При участии факторов среды говорят о мультифакториальной передаче. Важно учитывать, какая составляющая часть вариантности обусловлена генетически, а какая — семьей и окружением; какие специфические гены и какие специфические факторы семейного окружения участвуют и как они взаимодействуют.

Половые и индивидуальные различия

Половые различия проявляются у лиц мужского и женского пола в разном физическом развитии, росте, созревании, развитии способностей (речь, язык, восприятие пространства). Кроме того, половые особенности сказываются и на большинстве болезненных расстройств у детей: гиперкинетическом синдроме, аутизме, агрессивном и асоциальном поведении и т. д.

До периода полового созревания большинство психических отклонений встречается у мальчиков. Гиперкинетический синдром у мальчиков встречается в 9 раз чаще, чем у девочек. Аутизм у мальчиков отмечается примерно в 4 раза чаще, чем у девочек. Обсессивный синдром, так же как и синдром Жиля де ля Туретта, наблюдается в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек.

Для объяснения этих различий привлекается несколько известных фактов: различия в созревании полушарий мозга у мальчиков и девочек; разница в социализации мальчиков и девочек; временные различия общего процесса созревания между мальчиками и девочками.

Психологические факторы: влияние социализации

Социальные влияния учитываются как возможные элементы нарушения процесса развития; под этим подразумевается, что *источниками изменений являются влияния, оказываемые другими лицами или учреждениями* (детсадом, школой, интернатом) и представляющие собой частное множество внешних влияний, в число которых входят также материальные факторы влияния (стесненные жилищные условия). Социальные факторы действуют наряду с другими. При пограничной патологии социальные факторы могут играть главную роль. Нарушение развития может привести к уязвимости ребенка или подростка, что в совокупности с факторами перегрузки может вызвать нервно-психическое расстройство. Возможен также и такой ход развития, при котором расстройства прогрессируют постепенно.

Социальные влияния как элементы нервно-психического расстройства обусловлены ходом и задачами развития. Социальные условия возникновения расстройств, психоаналитический подход и теории привязанности рассматривают в перспективе развития индивида. Начало психических расстройств связано, как правило, с трудностями адаптации: может возникнуть необходимость в новой адаптации или наступить дезадаптация. При недостаточных внутренних и внешних ресурсах для психологической защиты (совладания) неполное совладание может привести к возникновению длительных расстройств. Развитие понимается как процесс, продолжающийся всю жизнь, как последовательность более или менее неотложных задач реадаптации или задач развития, требующих бóльших или меньших усилий. Задачи развития — это требования, с которыми организм или личность индивида должны справиться на каком-то определенном отрезке жизни. Они могут быть обусловлены биологически, социально, культурно или же связаны с потребностями самого индивида.

Биологически обусловленные задачи развития понимаются как возникающие в ходе развития состояния неравновесия, которые требуют какого-то нового структурирования и вызваны биологическим созреванием — например, в пубертатном возрасте.

Социальные или *культурные* задачи развития — это требования, которые в определенный период жизни выдвигаются ребенку при воспитании чистоплотности, или требования, связанные с поступлением в школу.

Задачи развития *личности* представляют собой те цели, которые сам человек ставит перед собой в определенный отрезок жизни.

Критические жизненные события, изменяя жизнь человека, требуют продолжительной новой социальной адаптации, благодаря чему задействуются значительные психические ресурсы индивида. Задачи развития и критические жизненные события могут быть *нормативными* и *ненормативными*. Критерий разграничения — возможность или невозможность какого-либо социального и/или биологического возрастного нормирования соответствующих задач. Невыполнение нормативных задач развития вызывает социальный протест. Так, например, чрезмерные требования к ребенку приводят к характерологическим реакциям. Многие, в том числе и культурно обусловленные, задачи воспринимаются человеком и как личностные задачи, но их невыполнение вызывает снижение самооценки.

Другие *психосоциальные факторы риска* (например, неудовлетворительные учебные успехи) могут приводить к длительному психическому неравновесию и подверженности психическим нарушениям. При недостаточной психологической защите (совладании) можно ожидать непосредственного ущерба для развития ребенка или повышения его уязвимости. В сочетании с новыми требовани-

ями этот фактор сразу или значительно позже может привести к расстройствам психики.

Большую часть своей жизни дети проводят в семье, а она в свою очередь, будучи малой группой, тоже подвержена процессу изменений, который можно описать как последовательность *задач семейного развития*. Таким образом, нервно-психическое здоровье зависит от удачного выполнения задач семейного развития, которое, как правило, происходит скачками.

Формирование психики ребенка понимается как смена более простых структур организации более сложными. Эта сложность структур проявляется в действующих правилах поведения, которые определяют совместную жизнь маленького коллектива. Поводом для нового приспособления правил к новым отношениям являются стойкие изменения, которые можно предвидеть, потому что они связаны с организацией жизни в семье. Рождение первенца, поступление ребенка в школу, вступление в пубертатный возраст ребенка, отделение сына или дочери от родителей — вот часть достойных внимания событий, требующих частичной реорганизации семейных отношений. От преодоления переходных периодов зависит дальнейшее процветание семьи. Немецкий психиатр Шнивинд (1995) полагает, что наиболее важная задача индивидуального развития — *автономность*, а главная задача семейного развития — *единение*. Одно должно дополнять другое. Неадекватное решение индивидуальных и/или семейных задач развития может привести к конфликтам (например, развод), которые закладывают основу для психических расстройств.

Последствия непреодоленных инстинктов (психоаналитическая модель)

Для объяснения возникновения неврозов используется психоаналитическая структурная модель психики («Эго», «Я» и «Сверх-Я»). Эго является источником психической энергии (либидо и агрессия). Отсутствие борьбы (в 6-месячном возрасте) между «Я» и «Эго», т. е. баланс между ними, приводит к переживанию удовольствия, являющемуся реальностью. «Я» — источник защитных механизмов. Сформировавшееся «Сверх-Я» (в 5 лет) содержит моральные нормы и наказывает чувством вины за чрезмерные проявления «Эго».

В соответствии с разными стадиями развития может возникнуть разная психопатология — фиксации, регрессии, асинхронии, ретардации, преждевременного развития.

Нарушенное эмоциональное развитие, предпочтительно связанное с будущими психическими расстройствами

Некоторые гипотезы объясняют возникновение пограничных расстройств эмоциональными трудностями в раннем развитии «Я» (до 3 лет) и симбиотическими расстройствами (нарушением тесной связи между ребенком и матерью).

Так, например, причину неврозов находят в неразрешенном эдиповом конфликте (между ребенком и родителем того же пола). Таким образом, неврозы понимаются как типичная психологическая защита (регрессия или фиксация) в определенной психосексуальной фазе развития.

Детское «Я» является *процессом структурирования* из инстинктов, образов «Я», образов объектов и внешнего мира. Развитие «Я» — это нарастание способности к дифференцированию и интеграции. Первая фаза процесса развития «Я» — *симбиоз* (когда Я и объект едины), при этом константность объекта еще не сформирована. Процесс организации нацелен на *высвобождение* из симбиоза и *индивидуацию*; он протекает во взаимодействии с матерью. Все, что предлагается и упускается в этом взаимодействии, последовательно отражается в мышлении. Развитие этой репрезентации

(представления в мышлении) определяет идентичность «Я», которая более отчетливо проявляется на третьем году жизни. Улыбка, страх перед чужими и семантическая коммуникация — показатели уровней психической организации (Spitz R., 1965).

При психических расстройствах в процессе *высвобождения* и *индивидуации* не достигается константности объектов, следовательно, надо полагать, что корни расстройства в самой ранней фазе развития.

Факторы формирования привязанности

Привязанность младенца к матери — это центральный конструкт, который представляет собой поведенческую систему с собственной внутренней организацией и функцией (Bowlby J., 1969; Spitz R., 1965). Грудные дети ведут себя так, чтобы обеспечить близость матери (плач, улыбка ребенка стимулируют мать и ее заботу). *Поведение привязанности* отмечается до конца третьего года жизни. Например, протест на отсутствие матери продолжается до тех пор, пока не сформируется перманентность объекта, которая позволяет внутренне представить себе отсутствующий объект привязанности. Главный протективный фактор в отношении страхов — формирующееся ожидание того, что в опасных ситуациях объект привязанности будет всегда рядом. Приобретя этот фундамент безопасности, ребенок осмеливается в присутствии матери *исследовать окружающий мир*. Наиболее важная фаза формирования привязанности — период от 6 мес. до пятого года жизни. Важная задача развития ребенка в этом возрасте — формирование привязанности и первое исследование окружающего мира. Постепенно поведение привязанности из управляемого инстинктивно становится все больше когнитивной моделью поведения. Отчетливо ослабляется это поведение с началом подросткового возраста. Типы привязанности предложены M. Ainsworth [et al.] (1978).

Гипотезы о факторах, тормозящих привязанность и приводящих к депривации. Депривация — отсутствие тепла, близости и непрерывных отношений с матерью (или другим лицом), т. е. нарушение гомеостаза. Реакции на расставание — протестное поведение, реакция горя. Активация и затем дезактивация, т. е. страх и депрессия. При отказе родителей в постоянном общении у детей в целях самозащиты развивается «минимизирующее поведение» — чувство гнева и страха, которые они открыто не проявляют. Занижение жизнеобеспечения ребенка и пренебрежение могут привести к задержке физического, эмоционального, социального и когнитивного развития, а также к нарушению поведения (Wolfe V., 1987).

Последствия качественно нарушенной интеракции (взаимодействия младенца с матерью) переживают дети, от которых родители отказались или обращаются амбивалентно (перемежая заботу с пренебрежением), а также дети, за здоровье которых родители, пребывая в тревоге, все время боятся. Сексуальное, физическое и психическое насилие над ребенком или жестокое обращение становится особенно грубой формой нарушенной интеракции. Последствия могут быть в форме задержки развития, нарушений поведения и эмоциональных реакций, депрессии, соматических расстройств, расстройств социального и сексуального поведения. Поведение ребенка становится неуверенно-избегающим, развивается неуверенная привязанность.

Последствия переживаний разлуки (прерывистости интеракции). Временные более или менее короткие, а также длительные расставания (развод, усыновление) приводят к затормаживанию формирования поведения привязанности, трудностям в учебе, нарушению поведения, страху пред школой, эмоциональным реакциям.

Расстройства как последствия истории научения: теоретические модели научения. Возникновению расстройств способствуют три типа трудностей в научении:

1) дезадаптивное поведение как следствие процессов обусловливания (раннее, не соответствующее возрасту начало обучения);

2) следствие максимального нарушения процессов обусловливания (нарушение ориентировки, большая сила раздражения);

3) когнитивные факторы (трудная учебная программа), влияющие на формирование расстройств.

Фактор нарушенного развития

Данный фактор может привести к развитию других нарушений. Появлению нарушенного поведения и негативных переживаний не всегда, но часто предшествует нарушение развития в фазах, требующих особенных затрат на адаптацию. В зависимости от взаимодействия нескольких групп факторов нарушение развития может быть причиной развития персистирующих (упорно продолжающихся) расстройств. Различия в уязвимости — как врожденные, так и приобретенные в ходе научения (приобретения навыков) — делают разных людей в разной степени подверженными и восприимчивыми к патогенным влияниям. К этим различиям прибавляются еще и половые различия, влияющие на уязвимость и развитие отдельных расстройств. Другая патогенная группа факторов — это стрессовые негативные жизненные события и хронические негативные социальные влияния, которые воздействуют на развитие во всех вариациях — иногда в соответствии с культурными традициями, иногда выходя за рамки нормы.

Для развития расстройств и смягчения их выраженности имеют значение не только патогенные факторы — внутренние и внешние. При прогнозировании психических расстройств следует учитывать и протективные (защитные) факторы. Существуют внутренние и внешние по отношению к индивиду источники. Индивидуальные защитные признаки совладания со стрессом, интернальный локус контроля, всевозможные профессиональные и социальные способности и особенности социальной поддержки — все это, будучи протективными факторами, способно смягчить патогенные влияния. К таким протективным факторам относятся стабильные взаимоотношения в детстве и в зрелом возрасте, позитивное подкрепление адекватного поведения совладания или социальные модели, позволяющие отвечать на требования жизни адекватно реальности. Существенным протективным фактором являются позитивные отношения с первично референтными (родителями, воспитателями) лицами. Сложное взаимодействие патогенных и протективных внутренних и внешних условий — вот от чего зависит главным образом относительная успешность адаптации в процессе развития, который продолжается всю жизнь как последовательность более или менее неотложных задач реадаптации или задач развития, требующих бóльших или меньших усилий. Некоторые модели — взаимодействие стрессоров и ресурсов. Жизнестойкость способна уменьшить воздействие патогенных условий. Знания о факторах риска ребенка, обусловленных социализацией (например, неправильным воспитанием), помогут выявить протективные условия и создать лучшие модели взаимодействия между ними и условиями риска.

Таким образом, учитывая сказанное, для диагностики нормального и отклоняющегося развития необходимо использовать классификационную схему, состоящую из нескольких осей. Она строится на основе изучения органических вредностей, психодинамических механизмов и всего того, что отражает взаимодействие между ними. При этом степень их участия может привести к различным

результатам у разных индивидов. Латентные вредности могут проявиться на более поздних этапах развития, и только тогда могут вмешаться в действие других факторов.

Подводя итог, можно выделить наиболее важные этиологические факторы:

1. *Различия в степени трудности темперамента* (Chess S., Thomas A.), которые связываются со следующими параметрами темперамента: а) позитивным аффектом и доступностью; б) пугливостью или заторможенностью; в) негативным аффектом или раздражительностью.

2. *Три основных подхода к патологическому поведению*, основанных на принципах научения, опирающихся на анализ поведения, принципы классического обусловливания (способности усвоения желательного поведения), а также теорию социального научения (приобретения навыков общения) и социального познания (например, сознание собственного «Я»). Последние теории придают большое значение когнитивным процессам, сопутствующим проявленному поведению или предваряющим его. Социальное познание — представление детей о себе, окружающем социальном мире и своих отношениях с этим миром.

3. *Эмоциональная привязанность* между матерью и ребенком (Spitz R., Bowlby D.). Эмоциональная реактивность и регуляция являются важнейшими аспектами раннего и последующего развития, влияя на качество социальных интеракций детей и их отношения с социальной средой на протяжении всей жизни. Привязанность — процесс установления и поддержки эмоциональных связей с родителями или другими эмоционально значимыми лицами. Развивается внутренняя модель отношений — образ того, что ребенок ожидает от окружающих и как он к ним относится. Эволюционные подходы к патологическому поведению ребенка акцентируют внимание на развивающихся отношениях младенец — родитель, которые помогают младенцу управлять поведением и эмоциями, особенно в случае опасности или стресса.

4. *Влияния со стороны семьи и социального окружения.* Понимание социального и средового контекста зависит от учета проксимальных (близких) и дистантных (далеких) событий, а также событий, непосредственно влияющих на ребенка в конкретной ситуации и в конкретное время (экологическая модель У. Бронфенбреннера, 1977). В центре внимания должны быть взаимоотношения детей со средой, в семье и среди сверстников, а не отдельный ребенок. Важны типы привязанностей и их связь с патологическими исходами (например, предательство родителя в связи с уходом его из дома). *Ребенок и среда взаимозависимы.* Разные дети вызывают различные реакции среды, а разные среды, например дом или школа, соответственно приводят к различным реакциям у ребенка. Этот подход рассматривает и ребенка, и среду как *активных агентов* адаптивного и неадаптивного поведения. Например, гиперактивный ребенок вызовет негативное к себе отношение воспитателей из-за своего непослушания, а вследствие этого различные наказания.

5. *Смерть одного из родителей или развод* приведет к непосредственным негативным переживаниям ребенка, а в дальнейшем его поведение или психическое развитие может оказаться искаженным (M. Rutter).

6. *Органические факторы.* У ребенка функции головного мозга претерпевают постоянные изменения, и в этом проявляется его пластичность. Изменения эти происходят по мере того, как различные функции приспосабливаются к требованиям среды. Генетическое наследие влияет на поведение, эмоции и мышление, но чтобы это влияние проявилось, необходимы соответствующие внешние условия. Чтобы понять сущность нейробиологических влияний на патологиче-

ское поведение детей, необходимы знания о структурах мозга, об эндокринной системе и нейротрансмиттерах, которые выполняют свои функции в соответствии с четкой системой.

7. Важны также *фактор пола* — уязвимость, фенотипическое разнообразие, запаздывание развития у мальчиков (Hutt C.) и *наследственные факторы* — различное реагирование на стрессоры, различия в адаптации, оформлении жизненного опыта, восприятии среды, реакции других лиц на ребенка (Cantwell D. & Tarjan G.).

Основной принцип психопатологии развития гласит, что для адекватного понимания неадаптивного поведения необходимо рассматривать его по отношению к тому, что является нормой для ребенка соответствующего периода развития.

С точки зрения *психопатологии развития* предполагается изменение и реорганизация фундаментальных аспектов биологических и поведенческих систем. При этом в центре внимания находятся психологические процессы, объясняющие взаимное влияние этих систем.

С точки зрения *организации развития* адаптационные паттерны, присущие раннему возрасту, к которым относятся младенческий контакт глаз и произносимые ребенком звуки речи, со временем развиваются и трансформируются в высокоорганизованные функции, такие как владение речью и языком в целом. Развитие представляет собой активный динамический процесс, предполагающий постоянные изменения и трансформации. По мере того как биологически заложенные в ребенке способности все более полно проявляются на каждой новой стадии развития, они вступают во взаимодействие с факторами окружающей среды, тем самым направляя снова и снова процесс развития в иное русло.

Сенситивные периоды в процессе развития — это временные интервалы, на протяжении которых роль влияний внешней среды на развитие ребенка — как позитивных, так и негативных — существенно возрастает. В частности, младенцы крайне сенситивны (восприимчивы) к проявлениям эмоций со стороны близких и к физическому контакту с ними, что способствует развитию прочной привязанности к этим людям.

8. *Множественная обусловленность патологического развития.* Множество причин: характер, способности, домашняя и школьная среда, а также их постоянное взаимодействие могут привести к тем или иным нервно-психическим расстройствам.

Как уже было сказано Х. Ремшмидтом, психопатология развития — интегративная дисциплина. При этом индивида он рассматривает как активного участника собственного развития. Все факторы взаимодействуют в патогенезе заболеваний. Поэтому адекватным реальности является лишь *динамический подход.* Согласно ему эти факторы влияют на многочисленные динамические процессы и на меняющегося индивида, находящегося в социуме. При этом происходит активное взаимодействие с повреждающими факторами в соответствии с имеющимися особенностями ребенка. Включаются процессы собственной динамики и *саморегуляции*, являющиеся конституциональными компонентами развития и вносящими свой существенный вклад в проявление и нарастание психических расстройств. Последние — возникают в активном выборе воздействий, в характере взаимоотношений с другими людьми и в сфере поведения больного. Психические расстройства постоянно проявляются в особенностях развития личности, когда ее собственные мотивации приводят к самореализации индивида. При этом ни генетические факторы, ни условия среды не являются ведущими, происходит «перекрывание» этих влияний благодаря свободному решению личности.

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Детская психиатрия — клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность детских и подростковых психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагностики, вопросы прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социальной реабилитации.

Детская психопатология — раздел детской психиатрии, изучающий общие закономерности развития детских и подростковых психических заболеваний, психопатологических процессов и состояний, а также особенности наблюдаемых при них симптомов и синдромов.

Психическая болезнь — это заболевание всего организма с преимущественным поражением мозга и нарушением мозговой деятельности. П. Б. Ганнушкин (1924) уточняет: «Душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врожденной конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы, как цереброспинальной, так и вегетативной».

При психической болезни извращается, нарушается отражательная деятельность, что ведет к нарушению познания. Она выражается в искаженном, неправильном, неадекватном восприятии и осмыслении объективной действительности, влечет за собой неправильное поведение больного, затруднение приспособления к среде, в которых чаще всего и проявляется.

Распознавание психических расстройств и последующее их лечение, а также реабилитация (абилитация) больных требуют более точного, дифференцированного подхода к нарушениям психики. С этой целью используются понятия болезни (нозос) и стойкого патологического состояния (патос).

Болезнь — болезненный процесс, динамическое, текущее образование. Она в связи с определенным комплексом факторов имеет нозологическую специфичность, типичный для нее механизм возникновения, стереотип развития, течения, склонность к прогредиентности, эволюции или регрессу. От психического здоровья к болезни существует скачок, т. е. новая качественная ступень. Примерами болезни (нозоса) в психиатрии являются невроз, шизофрения, соматогеннный и инфекционный психоз.

Патос — патологическое состояние, стойкое изменение, результат патологических процессов или порок, отклонение развития. Это состояние — патологическое образование, не склонное к каким-либо существенным трансформациям, не имеющее определенных этиологических факторов и патогенетических механизмов, а также обладающее устойчивостью, резистентностью по отношению к терапии, стабильностью. От болезни к патологическому состоянию — плавный, иногда незаметный переход от одного состояния к другому. Иллюстрацией того, что такое патос (патологическое состояние), могут быть отклонения в развитии (умственная отсталость, общее недоразвитие речи, инфантилизм), психопатия (расстройства формирования личности), дефектные состояния, возникающие как следствие психозов (шизофрении), мозговых инфекционных заболеваний (энцефалитов), травматических повреждений мозга. Для того чтобы диагностировать психическое состояние, необходимо констатировать, что психопатологический синдром не развивается и не регрессирует в течение более 6 мес. В описанные понятия «нозос» и «патос» не укладываются все обнаруживаемые расстройства. Так, например, кратковременное, продолжающееся не более 6 мес. изменение психики называется *психической реакцией.* Примером может служить эпилептическая реакция, возникающая у ребенка во время заболевания, протекающего

с очень высокой температурой тела, или невротическая реакция, вызванная столкновением ребенка с трудными жизненными обстоятельствами (разлука с родителями).

Психическое развитие — патологический процесс с внутренними, т. е. определяемыми этим процессом, закономерностями образования симптомов. К этому типу нарушений относится, например, невротическое (истерическое, ипохондрическое, астеническое) развитие, т. е. изменения личности, развивающиеся у индивида в процессе длительно протекающего или неподдающегося терапии невроза.

При обнаружении отклонений в психике у ребенка работающий с ним психолог (педагог) может заподозрить различные расстройства — психоз, если предполагает серьезные нарушения, или невроз (эмоциональные, поведенческие нарушения), если считает их легкими. Однако для таких диагностических предположений, которые необходимы для оценки социально значимых сторон деятельности индивида, требуются твердые знания того, в чем особенности этих расстройств психики.

Психоз — тяжелое нарушение психики, характеризующееся неадекватностью реакций, нарушением отражения окружающего, исчезновением критики к своим поступкам, неспособностью осмысления происходящего, неспособностью руководить собой, своими действиями и психическими проявлениями. Иными словами, психоз проявляется нарушением сознания, грубыми изменениями личности или дезинтеграцией всей психической деятельности.

Непсихотические расстройства (например, невроз) — это симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружения, а поведение больного, страдающего этими расстройствами, соответствует социально принятым нормам.

Диагностика психических расстройств не может быть точной без понимания *типа реагирования личности и организма* на ту или иную вредность. Это важно не только для определения необходимого терапевтического вмешательства, но и для прогноза возникшего психического нарушения.

Экзогенный тип психического реагирования — психические реакции, заболевания, состояния, развития, своим происхождением обязанные органическим поражениям головного мозга. *Органические поражения мозга* — вредности (черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые и инфекционные заболевания мозга, интоксикации), непосредственно действующие на мозг. Наиболее характерные для них клинические проявления: судорожный синдром, психоорганический синдром, нарушения памяти, расстройство сознания.

Психогенный тип реагирования личности — психические реакции, заболевания и развития, возникающие при переживании трудных (разрушение семьи, измена близкого человека и т. д.) или катастрофических (пожар, землетрясение, дорожно-транспортное происшествие) жизненных обстоятельств. Примерами этого типа реагирования могут быть псевдодементный, сумеречный синдромы, нередко возникающие у подростков, находящихся под угрозой потерять свой социальный статус.

Эндогенный тип реагирования личности — реакции, заболевания, состояния и развитие, причиной которых являются внутренние (эндогенные), наследственно-конституциональные факторы. Наиболее типичный пример этого типа реагирования — передача по наследству (через гены или хромосомы) предрасположения или самого заболевания (шизофрения, некоторые формы эпилепсии, умственная отсталость, связанная с нарушениями метаболизма или зависящая от хромосомных аберраций).

Приводя эти традиционно выделяемые типы реагирования, следует сказать, что в чистом виде данные реакции встречаются не часто. Наиболее вероятно возникновение экзогенного или психогенного типа реагирования на фоне неблагоприятной наследственности или своеобразной конституции (совокупности относительно устойчивых анатомических и функциональных свойств человека, обусловленных наследственностью, а также длительными влияниями окружающей среды). В то же время возникновение эндогенных реакций, как правило, определяется провокацией экзогенными факторами (инфекционными заболеваниями, травматическими поражениями мозга, интоксикациями). Естественно, клиническая картина в этих случаях несет черты и эндогенного, и экзогенного типа реагирования. Это обстоятельство необходимо учитывать, в частности, потому, что такое сочетание приводит к изменению классических клинических форм реагирования, затруднению диагностики и повышению резистентности в отношении применяемой терапии. Действительно, в последнее время все больше и больше встречается таких экзогенных типов реакций, которые напоминают эндогенные. Они получили название *эндоформных синдромов* или клинических картин и во многих случаях протекают менее благоприятно.

Течение психических заболеваний.

Непрерывное течение — неуклонное нарастание и усложнение психических расстройств (например, соматогенный психоз).

Приступообразное течение — чередование приступов заболевания и промежутков, свободных от болезненных проявлений (аффективные психозы).

Смешанное течение — нарастание изменений личности, на фоне которого эпизодически возникают обострения (сдвиги) заболевания. После каждого сдвига появляются все более выраженные изменения личности (шизофрения).

Волнообразное течение проявляется периодами ослабления или исчезновения симптоматики, однако в дальнейшем под влиянием дополнительных факторов появляются ранее исчезнувшие проявления болезни, обычно в форме новых нарастающих симптомов и синдромов (невротические расстройства).

Пароксизмальное течение — остро возникающие кратковременные приступы заболевания (припадки при эпилепсии).

Прогредиентное течение — постепенное нарастание и усложнение симптоматики с появлением стойких психических нарушений (психический дефект при шизофрении).

Регредиентное течение — с каждым последующим приступом заболевания сокращается число синдромов и симптомов, ослабляется и исчезает бывшая ранее симптоматика (например, психические расстройства при черепно-мозговых травмах).

Как уже указывалось, исход психического заболевания может быть различным. Неблагоприятно протекающее заболевание может завершиться *дефектом* — продолжительным, стойким нарушением одной (познавательной, аффективной) из психических сфер или общим нарушением формирования психики (слабоумие вследствие энцефалита).

Выздоровление является полным восстановлением возникших в процессе психического заболевания расстройств. Вопреки существующим заблуждениям именно выздоровление — наиболее частый исход психических расстройств. Однако вероятность полного выздоровления часто находится в зависимости от преморбидного (доболезненного) состояния индивида. В тех случаях, когда психическая реакция или заболевание возникают на фоне отягощенного преморбида (умственная отсталость, психопатия, перенесенная в прошлом черепно-мозговая травма), степень восстановления психических функций будет зависеть от выраженности

остаточных явлений после ранее перенесенной вредности или от тяжести психического состояния, имевшегося до заболевания.

Третий вариант исхода — переход в *хроническое состояние*, в течение которого продолжают оставаться хотя и менее выраженные, но преобладающие в клинической картине продуктивные симптомы.

Продуктивные симптомы — выражение деятельности неповрежденных слоев нервной системы, они отражают относительно неспецифическую реакцию организма на этиологические факторы, вызвавшие заболевание. Это качественно новые, связанные с возникновением заболевания психические проявления, которые в то же время не могут быть возрастными особенностями больного. К этим симптомам относятся астенические, аффективные, навязчивые, галлюцинаторные, бредовые, кататонические и другие проявления психических реакций и болезней.

Негативные симптомы — симптомы, вызванные самим патологическим процессом и связанные с этиологическим фактором. В большинстве случаев они отражают нозологическую специфику заболевания; таким образом, их выявление облегчает диагностику. К негативным симптомам относятся следующие: истощаемость психических процессов, субъективно осознаваемые изменения «Я», дисгармония личности, снижение энергетического потенциала, снижение уровня личности, регресс личности, когнитивные расстройства, тотальное слабоумие.

В процессе развития психического заболевания существенно изменяются взаимоотношения биологического и социального. Временно или на более продолжительный период усиливаются природно-психические явления. Примером этого могут быть, в частности, расторможение влечений при психопатоподобных состояниях. Другой пример — регресс психики на более ранний уровень развития при органических заболеваниях, шизофрении, а и иногда при психогенных (истерических) расстройствах. В этих случаях появляются двигательные стереотипии, эхопраксии, эхолалии, моторные автоматизмы, утрата двигательных навыков, возвращение лепетной речи, утрированная боязливость.

Различные типы общего и психического *дизонтогенеза* — еще один вид разлада между психическим и социальным, который может лежать в основе возникновения некоторых симптомов (Сухарева Г. Е., 1965, Ковалев В. В., 1995). Психический дизонтогенез выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и отдельных ее частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. Психический дизонтогенез может быть детерминирован биологическими (генетическими и экзогенно-органическими) или неблагоприятными микросоциальными и психологическими воздействиями. Биологические факторы участвуют в формировании нервно-психического состояния, взаимодействуя с факторами социально-психологической среды, а вызванные средовыми воздействиями отклонения психики в своей основе имеют механизм перехода социально-психического через природно-психическое в нейродинамические изменения.

Эти типы дизонтогенеза — различные варианты асинхронии развития, т. е. сосуществование задержки своевременного развития одних функциональных систем и обгоняющего развития других систем.

Другой вариант дизонтогенеза — *ретардация* (Ушаков Г. К., 1973) — задержка своевременного развития или созревания одной или нескольких функциональных систем организма. Определяется ретардация по отставанию развития системы от паспортного, биологического или психического возраста. В патогенезе психических заболеваний детского возраста могут участвовать механизмы общей и парциальной ретардации развития. Пример ретардации: умственная отсталость,

включая общий и частичный (парциальный) психический инфантилизм. В перечисленных случаях имеет место запаздывание перехода (оформления) природно-психических функциональных систем в более сложные социально-психические образования, что приводит к недостаточности последних, при этом больше всего страдают познавательные функции. От степени недоразвития нейро-физиологических механизмов зависит формирование психосоциальных образований, причем процесс социализации обычно выявляет потенциальные возможности высшей нервной деятельности и способствует облегчению развития компенсаторных механизмов.

В основе формирования дизонтогенетических симптомов лежит задержка, замедление, остановка или искажение развития нервно-психических функций. К дизонтогенетическим симптомам относятся отставание развития познавательных функций при умственной отсталости, симптомы недоразвития и задержки речи, проявления задержки психомоторных функций: «моторная дебильность» (Дюпре Е.), «моторный инфантилизм» (Гомбургер Ф.), церебеллярно-двигательная, экстрапирамидная, фронтальная моторная недостаточность (Гуревич М. О.,1932). Дизонтогенетические симптомы, связанные с механизмом искажения развития психики, — это главным образом различные проявления диспропорционального (Сухарева Г. Е., 1965) развития темперамента, влечений, инстинктивных потребностей и эмоционально-волевых свойств формирующейся личности при невропатии, детском аутизме.

Дизонтогенетические симптомы не являются специфичными и характеризуют период онтогенеза, в котором произошло повреждение структуры или тяжелое нарушение функции развивающегося мозга.

Наряду с проявлениями дизонтогенеза, задерживающими формирование нормальной психики, наблюдаются и явления *акселерации*. В этом случае формирующаяся функциональная система или несколько систем отличаются тем, что развиваются и созревают более быстрыми темпами, чем в норме. Ускоренное половое созревание, например, способно повлиять (сделать его более злокачественным, тяжелым) на течение таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия и т. д. Акселерация ускоряет появление первых симптомов шизофрении и способствует ее обострению в периоды ремиссии. У ребят-акселератов чаще встречается острое или подострое начало заболевания и в дальнейшем больше вероятность приступообразно-прогредиентного течения, аффективных нарушений, сенестопатически-ипохондрических и дисморфофобических проявлений (Сосюкало О. Д. [и др.], 1978).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Классификации психических расстройств отражают в краткой форме достижения психиатрии, методологию этой науки, перспективы ее развития, теоретические основы и практические подходы. Одни классификации предназначаются для теоретических целей, другие — для клинико-диагностических надобностей, а третьи — для статистических работ. Принципы, на которых строятся систематики по мере развития психиатрии, меняются. Первоначально они основывались на преобладающих психопатологических проявлениях, т. е. на синдромологическом принципе.

Классификация B. Morel (1857) пронизана *идеями о вырождении* (дегенерации), согласно которым синдромы, отмечаемые у родственников, утяжеляются из поколения в поколение.

W. Grisinger (1867) в своей систематике различные психопатологические проявления рассматривал как стадии одного и того же единого психоза.

E. Krepelin (1899) создал *нозологическую классификацию*, в которой впервые появились психические болезни, имеющие определенную этиологию, динамику развития клинической картины и исход. Эта систематика с учетом национальных особенностей наук стала прототипом клинических классификаций нервно-психических заболеваний в нашей стране и некоторых других европейских странах. Нозологические систематики нередко критикуются на том основании, что сегодня неизвестны причины почти всех психических расстройств, а потому и невозможно их группировать, основываясь на том, что еще не открыто. Другой упрек этому подходу — чрезмерное увлечение клиническими описаниями в ущерб изучению личности, ее истории развития и ее участию в болезненном процессе.

A. Meyer (1922) выявлял *типы реакций личности (эргазии),* являющиеся результатом приспособления к определенным условиям жизни, и вместо болезней группировал их. Американские классификации психических болезней были созданы на этих идеях. Эти систематики, основанные на антинозологических позициях, при которых размываются границы между нормой и патологией, не делается различий между основными и сопутствующими факторами, участвующими в возникновении психических расстройств, многими психиатрами оцениваются скептически.

Первая международная классификация психических расстройств детского возраста (Rutter M., Lebovici S., Eisenberg L. [et al.], 1969)

В ней была предложена трехосевая классификационная схема, где первая ось — *клинический психиатрический синдром*, вторая ось — *интеллектуальный уровень*, третья ось — *сопутствующие*, или *этиологические,* факторы. Несовершенство этой систематики видят в отсутствии связи с классификацией психических заболеваний взрослых, в недостаточной клинической дифференцированности и разграничении ряда рубрик (Ковалев В. В., 1995). В следующей классификации детских психических расстройств (Rutter M., Shaffer D., Shepherd M., 1975) были учтены замечания и введена четвертая ось — *биологические* факторы.

В 1988 г. была предложена еще одна — пятая ось — *психосоциальная*. Таким образом, классификация детских психических расстройств стала многоосевой.

Первая ось — *клинический психиатрический синдром.*

0. Нормальные отклонения.
1. Адаптационные реакции.
2. Специфические расстройства развития.
3. Поведенческие расстройства.
4. Невротические расстройства.
5. Психозы.
6. Расстройства личности.
7. Психосоматические расстройства.
8. Другие клинические синдромы.
9. Проявления легких психических отклонений.

Вторая ось — *интеллектуальный уровень.*

0. Нормальные варианты интеллекта.
1. Легкая отсталость.
2. Умеренная отсталость.
3. Тяжелая отсталость.
4. Глубокая отсталость.
5. Отсталость, степень которой невозможно оценить.
6. Неизвестно, отсталый ребенок или нет.

Третья ось — *биологические (соматические) факторы.*

0. Неневрологические состояния.
1. Инфекционные и постинфекционные иммунологические заболевания центральной нервной системы.
2. Новообразования (опухолевые) и сосудистые заболевания.
3. Нарушения питания и обмена веществ, поражающие центральную нервную систему.
4. Хромосомные аномалии.
5. Врожденные пороки центральной нервной системы.
6. Семейные наследственные и дегенеративные заболевания центральной нервной системы.
7. Специфические нарушения развития.
8. Хронические неврологические синдромы.
9. Нарушения органов чувств, спинного мозга и периферических нервов.

Четвертая ось — *сопутствующие влияния.*

Пятая ось — *психосоциальная.*

0. Нормальная психосоциальная ситуация.
1. Нарушенные внутрисемейные отношения.
2. Психические расстройства, отклонения или инвалидность у воспитателей детей.
3. Неадекватная или искаженная внутрисемейная коммуникация.
4. Плохое качество воспитания.
5. Нарушенное непосредственное окружение.
6. Неблагоприятные жизненные события.
7. Социальные стрессоры.
8. Хронические межперсональные трудности, связанные со школой или работой.
9. Стрессогенные события, ситуации, вызванные инвалидностью или расстройствами, имеющимися у ребенка.

В этой классификации почти не использована нозологически-этиологическая ось, а заболевания заменены отдельными симптомами или группой симптомов.

Отечественная классификация детских психических расстройств (Ковалев В. В., Сосюкало О. Д., 1984)

Данная классификация для клинико-диагностических целей основана на четырех осях:

1. *Патогенетически-динамическая ось* делит психические расстройства на: а) патологические реакции и неэволютивные состояния; б) нарушения психического развития и эволютивные патологические состояния; в) болезненные процессы.
2. *Патогенетически-уровневая ось* обозначает: а) психотический уровень; б) непсихотический уровень.
3. *Клинико-нозологическая ось* позволяет отнести психическое расстройство к тому или иному заболеванию (шизофрения, эпилепсия, органические заболевания головного мозга, психогенные заболевания головного мозга).
4. *Клинико-синдромологическая ось* определяет синдромы заболеваний: формы шизофрении (кататоническую, гебефреническую, простую, параноидную), клинические варианты неврозов (невроз страха, истерический невроз, невроз навязчивости, астенический невроз) и т. п. К сожалению, в этой классификации не

нашли места оценка интеллектуального уровня, неврологические и соматические расстройства, личностные особенности больного ребенка и социальные влияния.

Американская классификация (DSM-IV, 1994)

Используется во многих странах и предназначена для систематизации психических расстройств у взрослых и детей. Она оценивает психического больного по пяти главным осям:

ось 1 — *клинические синдромы;*
ось 2 — *расстройства личности, умственная отсталость;*
ось 3 — *соматические заболевания;*
ось 4 — *психосоциальные проблемы;*
ось 5 — *наивысший уровень функциональной адаптации в течение истекшего года.*

Одна из задач этой диагностической системы — создание облегчающего диагностику инструмента связи как между специалистами, участвующими в лечении, воспитании и коррекционной педагогике, так и между учреждениями. Другая важная задача — способствовать целостному подходу к анализу психических расстройств у детей на основе многоосевой систематики.

Международная систематика болезней взрослых и детей (МКБ-10, 1992)

Эта классификация, и в частности ее пятая, или F, глава, создана для унификации (в клинических, образовательных и служебных целях) диагнозов психических расстройств. Основное ее назначение — статистический учет заболеваний, необходимый для организации служб помощи психическим больным. Она используется также для сравнения заболеваемости в разных регионах одной страны или в различных государствах, что может улучшить выяснение причин психических расстройств. В десяти разделах пятой главы МКБ-10 психическая патология представлена не болезнями, а синдромами, исключение составляют лишь деменции и употребления психоактивных веществ. Из-за этих ее особенностей она адаптируется для применения в клиниках нашей страны. Психические расстройства, характерные для детского и подросткового возраста, группируются в разделах F80—F89 (нарушения психологического развития) и F90—F98 (поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте). Некоторые расстройства, помещенные в других разделах, могут возникать почти в любом возрасте, и их коды могут использоваться и у детей, и подростков. Примерами могут служить расстройства пищевого поведения (F50), сна (F51) и половой идентификации (F64). Кроме того, для кодирования психических растройств используются рубрики и других глав. Например, при наличии у ребенка припадков могут быть использованы рубрики G40, при страдании головными болями — рубрики G43—G44 из седьмой (G) главы. Здесь полностью приводятся разделы F80—F89 и F90—F98.

F8 НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

F80 Специфические расстройства развития речи
F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи
F80.1 Расстройство экспрессивной речи
F80.2 Расстройство рецептивной речи
F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау — Клеффнера)
F80.8 Другие расстройства развития речи
F80.9 Расстройства развития речи, неуточненные

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков
F81.0 Специфическое расстройство чтения
F81.1 Специфическое расстройство спеллингования

F81.2 Специфическое расстройство навыков счета
F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков
F81.8 Другие расстройства школьных навыков
F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное
F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций
F83 Смешанные специфические расстройства
F84 Общие расстройства развития
F84.0 Детский аутизм
F84.1 Атипичный аутизм
F84.2 Синдром Ретта
F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
F84.5 Синдром Аспергера
F84.8 Другие общие расстройства развития
F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное
F88 Другие расстройства психологического развития
F89 Неуточненное расстройство психологического развития

F9 ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

F90 Гиперкинетические расстройства
F90.0 Нарушение активности внимания
F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное
F91 Расстройства поведения
F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи
F91.1 Несоциализированное расстройство поведения
F91.2 Социализированное расстройство поведения
F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство
F91.8 Другие расстройства поведения
F91.9 Расстройство поведения, неуточненное
F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.0 Депрессивное расстройство поведения
F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненое
F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста
F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
F93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте
F93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте
F93.3 Расстройство сиблингового соперничества
F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста
F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное
F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста
F94.0 Элективный мутизм
F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста
F94.2 Расторможенное расстройство привязанности детского возраста
F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста

F94.9 Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное

F95 Тикозные расстройства

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)

F95.8 Другие тикозные расстройства

F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F98.0 Неорганический энурез

F98.1 Неорганический энкопрез

F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте

F98.3 Поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве

F98.4 Стереотипные двигательные расстройства

F98.5 Заикание

F98.6 Речь взахлеб

F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Неуточненное психическое расстройство

F99 Психическое расстройство без других указаний

В заключение следует подчеркнуть, что без знания классификационных рубрик систематик и понимания их содержания невозможно овладеть элементами детской психопатологии, уметь правильно оценивать психическое состояние детей и плодотворно обсуждать их проблемы со всеми, кто воспитывает и защищает их интересы.

Литература

Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2004.

Классификация психических и поведенческих расстройств. МКБ-10. — СПб. : АДИС, 1994.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М. : Академический проект, 2000.

Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2003.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.

Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 3 т. — М. : Медицина, 1965.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. : Медицина, 1973.

Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ РАЗВИТИЯ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХИЧЕСКАЯ НОРМА

Детская психопатология вступила в XXI в., завершив свое формирование в качестве научной дисциплины. Однако дальнейшее ее развитие находится в зависимости от использования достижений смежных дисциплин, на которые она традиционно опирается. В первую очередь это касается психологии. В процессе подготовки специалистов, работающих с детьми, следует учитывать, что они будут нуждаться в инструменте для понимания и управления как нормальными детьми, так и детьми с отклонениями. Специальные же психологи и педагоги не смогут обойтись без знаний и умений, которые должны позволить им дифференцировать нормальное и аномальное развитие, проводить коррекцию выявленной патологии и прослеживать эффективность этой работы.

В связи со сказанным освоение психопатологии должно опираться на понимание того, что такое психическое здоровье. Его оценка должна быть всесторонней и складываться из оценок степени нормальности психического развития, душевного состояния, реакций индивида на окружение, поведения в целом, взаимоотношений с другими.

Психическое здоровье составляет важную, но все-таки часть общего здоровья индивида. Поэтому приведем здесь его определение из преамбулы устава ВОЗ: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков или физических дефектов».

Из существующих определений психического здоровья или психической нормы обратим внимание только на некоторые из них. Так, дефиниция, сформулированная психиатрами и философом, звучит следующим образом: «*Психическая норма* — индивидуальная динамическая совокупность психических (индивидуально- и социально-психологических) свойств конкретного человека, которая позволяет ему адекватно своему возрасту, полу и социальному положению познать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнить свои биологические и социальные функции соответственно возникающим личным и общественным потребностям, общепринятой морали» (Бачериков Н. Е,. Петленко В. П., Щербина Е. А., 1985). Подходы к оценке того, что считать нормой, могут быть разными. У врачей это *нозоцентрический подход*. Психиатры исходят из предположения, что при исследовании индивида для определения его нормальности следует исключить отклонения от нормы в его развитии, поведении, способности адаптироваться к окружающей среде. Иными словами, необходимо убедиться в отсутствии симптомов психических расстройств, и проблема будет решена. *Нормоцентрический* подход, которым пользуются главным образом психологи, состоит в сопоставлении полученных данных исследования психики у конкретного индивида с имеющимися нормативами.

Первый, нозоцентрический, подход таит в себе опасность обнаруживать симптомы заболеваний чаще, чем они на самом деле существуют, так как имеется соблазн любые отклонения толковать как болезненные. Существенно и то, что такой подход, рассматривая нарушения поведения, как «симптомы и заболевание», пре-

вращает индивида в больного, пренебрегая динамикой его поведения и переживаниями. Индивид, получив этикетку «больного», не оценивается как личность, переживающая трудные жизненные обстоятельства и реагирующая невротическим или даже психотическим поведением с целью избавления от стрессов.

Второй, нормоцентрический, подход на практике может привести к желанию все обнаруженные особенности психики понимать как вариант отклонения от нормы. Попытка объяснения любых психических отклонений в терминах психологии может привести к пренебрежению необходимой в некоторых случаях медикаментозной терапии. Из этого следует, что диагностика для большей объективности требует применения обоих инструментов.

Для установления факта психического здоровья или выявления имеющихся отклонений необходимо выработать *критерии оценки здоровья* (Никифоров Г. С., 2002):

1. Критерий психического равновесия позволит судить о характере функционирования психики индивида с разных сторон (познавательной, эмоциональной). Например, можно будет оценить равновесие личности с социальным окружением.

2. Гармоничность организации психики, которая может быть, например, оценена по соотношению развития познавательных процессов и дифференцированности эмоциональной реактивности, — существенный показатель перспектив социального приспособления.

3. Адаптивные возможности личности — не менее важный индикатор психической нормы. Только конечный результат того, как приспосабливается индивид к своему окружению, имеет для него жизненное значение, а вовсе не то, насколько хорошо у него развиты интеллект, воля или аффективная сфера.

Более плодотворной альтернативой отдельным критериям нормы является *комплексный подход* к оценке психического здоровья по *свойствам, состояниям и процессам* психики.

Для оценки *свойств* нормальной личности чаще всего используются следующие показатели: оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность, адекватная притязательность, уверенность в себе, необидчивость, прилежание, независимость, естественность, ответственность, чувство юмора, доброжелательность, терпеливость, самоуважение, самоконтроль.

Нормальными психическими *состояниями* считают эмоциональную устойчивость, зрелость чувств, совладание с негативными эмоциями, свободное проявление чувств, сохранность оптимального самочувствия.

Нормальные психические *процессы* должны адекватно отражать окружающую действительность, позволять адекватно воспринимать самого себя, устойчиво концентрировать внимание, удерживать информацию в памяти, быть способным к логической обработке информации, обеспечивать критичность мышления, креативность, управление мыслями.

При этом важно, чтобы психические функции были интегрированы, гармоничны, уравновешены. Личность следует оценивать по степени ее духовности, приоритету гуманистических ценностей, ориентации на саморазвитие. Нормальная самоуправляемая личность — целеустремленна, энергична, обладает адекватной самооценкой.

В то же время психическая норма не является чем-то застывшим, неизменным. В попытках самовыражения индивид нередко сталкивается с необходимостью выбора между адаптацией и развитием своих потенциальных возможностей. Эта ситуация может оказаться настолько трудной, что вызовет либо тяжелую тревогу, либо сильную депрессию, если борьба для достижения цели окажется бесполезной. Нормально, если возникнут механизмы психологической защиты,

облегчающие состояние личности. Жизнь нормального человека — смена разных нормальных *психических состояний*: активации, апатии, гиподинамии, депрессии, напряжения, подъема и т. д.

Констатация психической нормы не является завершением оценки. В практических целях производится подразделение индивидов, не страдающих явными психическими отклонениями, на группы здоровья. Это позволяет, зная уязвимые сферы личности (группы здоровья), индивидуализировать меры, защищающие ее от возможных психических нарушений, и сделать их более эффективными.

Для детской психопатологии оценка психической нормы представляется особенно важной по ряду соображений. Во-первых, в процессе развития постоянно меняются функциональные возможности детской личности, и это потребует диагностики с учетом возрастной динамики. Во-вторых, в связи с лабильностью детской психики, всякая оценка должна производиться с учетом возможных отрицательных внешних воздействий, которые способны исказить истинное психическое состояние. В-третьих, психическая норма развивающейся личности зависит и от кризисов, возникающих в процессе ее формирования. В-четвертых, от оценки соответствия психики ребенка норме зависит его будущая судьба, так как диагностика определит его обучаемость, место учебных занятий и программу обучения.

Психопатологическое исследование не сможет выполнить свою задачу, если не оценит врожденные психические качества (темперамент) исследуемого ребенка.

Темперамент представляет собой особый контур саморегуляции психической деятельности, поддерживающий баланс уровня и разнообразия психической активности и тем самым обеспечивающий, с одной стороны, неразрывность, континуальный характер психической деятельности, возможность самого ее осуществления в любой интервал времени существования индивидуума, а с другой — уровень ее квантования, качественной дискретизации, возможности и темпы взаимопереходов, смены видов психической активности (Маничев С. А., 1998).

Темперамент — стиль поведения ребенка, который проявляется на раннем этапе развития (например, нервозность или пугливость), формируя отношение ребенка к среде и наоборот (Эмде Ф. и Спайсер Д., 2000).

Предлагаются следующие *качественные характеристики темперамента*: 1) уровень активности; 2) ритмичность; 3) тенденция сближаться, отдаляться; 4) способность к адаптации; 5) порог реагирования; 6) интенсивность реагирования; 7) характеристика настроения; 8) отвлекаемость; 9) объем внимания (Томас А. и Чесс С., 1977).

Выделены три группы: 1) «трудные дети» (нерегулярность в биологическом функционировании; уход от новых стимулов, трудная адаптация к изменениям; часто «плохой характер», интенсивная реакция); 2) «легкие дети» (регулярность, легкость приближения к новым стимулам, легкость адаптации, в основном в хорошем настроении, реакция в динамике средней силы); 3) «дети со сниженной активностью» (медленная адаптация, реакция низкая по интенсивности, низкий уровень активности, тенденция к отдалению).

«Трудные дети» составляют 10 %, но затем они отмечаются в 25 % среди детей с нарушениями поведения. «Легкие дети», как правило, развиваются без поведенческих проблем.

С опасностью возникновения признаков патологического развития связывают три основных параметра темперамента (Ротбарт М. и Мауро Дж., 1990):

1. *Позитивный аффект и доступность* описывают «покладистого ребенка», который, как правило, доступен для других, адаптивен к своей среде и обладает способностью относительно легко управлять базовыми функциями, такими как питание, сон и выделение.

2. *Пугливость или заторможенность* характеризуют «медленно возбуждающегося ребенка», который подходит с осторожностью к новым или трудным ситуациям. Поведение таких детей более вариативно в том, что касается саморегуляции и адаптивности: они могут проявлять симптомы дистресса или негативное отношение к некоторым ситуациям.

3. *Негативный аффект или раздражительность* характеризуют «трудного ребенка», который непредсказуем и не слишком адаптивен, а эмоции его преимущественно негативны или характеризуются крайней степенью выражения. Некоторые дети с таким темпераментом склонны к переживанию дистресса в новых или трудных ситуациях, а другие переживают дистресс или раздражительность в ситуации запретов.

Темперамент как способ формально-динамической интеграции и саморегуляции психической деятельности в свою очередь интегрирован в структуру личности. Об этом говорят, с одной стороны, факты зависимости проявлений темпераментных свойств от отношений личности: темпераментные различия проявляются при активном отношении индивидуума к ситуации, т. е. когда энергетические и темповые характеристики психической деятельности приближаются к граничным для индивидуального темперамента значениям. Темпераментные различия проявляются также в экстремальных ситуациях, когда действует сильный мотив, требуются предельное, близкое к граничному, напряжение сил и быстрые изменения способов действий. С другой стороны, свойства темперамента оказывают влияние на формирование личности. Например, чувствительность индивидуума к жизненным критическим событиям, само определение события как критического объясняется, наряду с другими факторами, темпераментными свойствами тревожности и активности, эргичности. Поскольку критические жизненные события связаны с появлением личностных новообразований (отношений, мотивов и т. д.), постольку темпераментные свойства оказывают опосредованное влияние на формирование личности.

Особенности темперамента оказывают влияние на то, как дети справляются с учебной программой. Одни медленно усваивают материал, другие непоседливы, третьи не способны на длительную концентрацию внимания. Только понимание этих особенностей сможет защитить детей от ярлыка умственно отсталых.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ ДЕТЕЙ

Формирование психопатологических расстройств находится в прямой зависимости от возрастных особенностей психики детей. В этой связи без знаний закономерностей развития психики невозможно ни диагностировать, ни понять симптоматику детских нервно-психических расстройств.

Психика детей в процессе развития постоянно меняется, приобретая в каждом возрасте свои характерные черты. Возрастное развитие характеризуется метрическим и топологическим свойством (Ананьев Б. Г.).

Метрическое свойство — длительность протекания тех или иных процессов или состояний, а также временная характеристика изменений в психике. При этом установлено, что развитие происходит неравномерно. Отдельные психические функции и качества формируются разными темпами, то ускоряясь в своем развитии, то замедляясь. В определенный период времени ребенок может отставать в развитии (ретардация), затем под влиянием стимуляции в процессе обучения или спонтанно развитие ускоряется. Возможно также и ускорение развития (акселерация), которое не обязательно будет продолжаться весь период детства или подростничества. С другой стороны, развитие гетерохронно, т. е. разные пси-

хические функции проходят одни и те же этапы возрастного развития в разное время. Более часто гетерохрония наблюдается у детей раннего возраста или у подростков. У тех детей, у которых она особенно выражена, диагностируют асинхронию развития.

Топологическое свойство — определенность того или иного состояния, фазы или периода развития.

При составлении периодизаций используются оба свойства развития. Классификации психического развития — большое подспорье для диагностики психических расстройств. Так, например, классификация развития интеллекта Ж. Пиаже должна использоваться для суждения о нормальном или отклоняющемся формировании интеллектуальных функций ребенка.

Ведущие типы деятельности являются критерием классификации Д. Б. Эльконина. Они являются ориентиром для оценки предметно-манипулятивной, игровой, учебной или профессиональной деятельности детей и подростков и выявления отклонений при различных формах патологии психики.

Выявлению патологических отклонений в процессе развития личности способствует классификация Э. Эриксона. Анализируя формирование «Я» у ребенка или подростка, можно в соответствии с этой классификацией оценить характер нарушений, время возникших отклонений и наметить пути коррекции.

Другие классификации (Бюллер Ш., 1924; Гезелл А., Валлон А., 1967; и др.), квалифицирующие развитие по нескольким параметрам, дают материал для многосторонней оценки формирующейся психики. Так, например, в классификации А. Валлона (1954), который концентрируется на формировании поведения и личности, используются *четыре критерия* развития: 1) двигательная деятельность; 2) речь; 3) приспособительные реакции; 4) личностно-социальное поведение. Хотя А. Валлон утверждает, что не существует единого ритма развития у всех детей, но и он констатирует существование периодов, характеризующихся «своими признаками, своей специфической ориентацией и представляющих собой своеобразный этап в развитии ребенка». Он выделяет *семь стадий*: 1) импульсивная (до 6 мес.) — рефлексы, автоматически возникающие в ответ на стимул; 2) эмоциональная (6—10 мес.) — накопление репертуара эмоций; 3) сенсомоторная (10—14 мес.) — появление практического мышления; 4) проективная (14 мес. — 3 года) — появление способности исследовать мир и воздействовать на объекты; 5) персоналистская (3—6 лет) — развитие независимости и обогащение «Я»; 6) учебная (от 6 до 12—14 лет) — мышление становится более объективным, возрастает независимость; 7) полового созревания — сосредоточение на своей персоне и потребностях собственного «Я». Из концепции автора следует, что весь ход развития обусловлен взаимодействием между индивидом и социальной средой. Именно это делает полезной классификацию для использования в диагностических целях.

Наряду с психологами детские психиатры (Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1995) внесли свою лепту в создание периодизации развития психики. Они исходили из наблюдений, что выделенные ранее периоды формирования психики детей отличаются преимущественными для определенного возраста формами реакций и особенностями поведения.

По мнению В. В. Ковалева, существуют четыре *основных возрастных уровня реагирования:* 1) соматовегетативный (0—3 года); 2) психомоторный (4—10 лет); 3) аффективный (7—12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12—16 лет).

Для *первого* уровня характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков управления сфинктерами мочевого пузыря и прямой кишки. В связи с этим преоблада-

ющей клинической формой в данном возрасте является невропатия. Более того, и при других нервно-психических заболеваниях на первом плане оказывается неспецифическая для них соматовегетативная симптоматика.

Второму уровню свойственны общие или локальные двигательные расстройства в форме гиперкинезов, тиков, заикания, мутизма. Частая форма психопатологии в этом возрасте — гипердинамический синдром. Но даже и при других заболеваниях (например, невроз) двигательная расторможенность или суетливость скрывают менее выраженную симптоматику, свойственную основной болезни.

Для *третьего* уровня наиболее типичны страхи, явления повышенной аффективной возбудимости, уходы, бродяжничество. У детей в этом возрасте обычно встречающиеся нарушения поведения, как правило, сочетаются с выраженными эмоциональными расстройствами и т. д.

Основная форма реагирования, присущая *четвертому уровню,* — склонность к возникновению сверхценных образований (реакций протеста, эмансипации, ипохондрических переживаний, психической анорексии, дисморфомании). Обычно эта, присущая возрасту, психопатология и является характерной для подростков, даже если она и не свойственна основному заболеванию. Знание возрастных особенностей реагирования психики и преобладающих в соответствующем возрастном периоде симптомов позволяет увидеть за ними симптоматику, патогномоничную основному заболеванию.

КРИЗИСЫ РАЗВИТИЯ

В определенных возрастах, судя по статистическим данным, дети чаще заболевают нервно-психическими расстройствами. Эти возрасты суть кризисы развития психики. Возрастные кризисы встречаются в момент смены одного возрастного периода другим. Они могут происходить достаточно бурно, сопровождаться трудностями и эмоциональными переживаниями, сопутствующими возникновению качественных перемен в жизнедеятельности человека. Сущность этих кризисов — переход количества в новое качество: происходящие изменения в психических и личностных образованиях порождают новое качество. Этот переход может происходить резко, скачкообразно, что затрудняет благополучное его завершение. Основной трудностью детства является несамостоятельность, зависимость от взрослых. Трудности подросткового возраста — противоречие между потребностью быть взрослым, происходящим самоопределением, формирующейся концепцией взрослого «Я» и не соответствующими им потенциалами подростка. Типичные психологические кризисы в данных возрастных периодах возникают вокруг именно этих проблем. Если трудности переходного возраста сочетаются с переживанием неприятной жизненной ситуации, то появляется высокий риск возникновения тех или иных нервно-психических расстройств.

Периодизация возрастных кризисов Э. Эриксона (1996) рассматривает кризис как поворотный момент в жизни, возникающий вследствие достижения определенного уровня психологической зрелости и предъявляемых к индивиду социальных требований. На каждом возрастном этапе возникает своя специфическая, требующая решения проблема. Успешное разрешение кризиса — залог дальнейшего развития здоровой личности и необходимый фактор эффективного проживания последующих стадий.

Во время первого кризиса (от рождения до 1 года жизни) формируется чувство доверия. Препятствия, встречающиеся на пути благополучного его завершения, например материнская депривация, почти всегда приводят к болезненным формам отклонения развития. Причем от степени тяжести препятствий обычно

зависит выраженность патологии (от тревожного состояния до отставания в развитии).

Во втором кризисе (от 1 до 3 лет), если не удовлетворяется потребность ребенка в получении самостоятельности, автономии, то в дальнейшем ребенок становится неуверенным, конформным.

В третьем кризисе (от 3 до 6 лет) центральным становится конфликт предоставления возможности проявлять собственную инициативу. Если ребенок своевременно не получил разрешения для проявления своих интересов и отстаивания их перед другими, то недостаток инициативы в последующем может стать основой для формирования зависимого расстройства личности.

В четвертом кризисе (8—12 лет), когда должно сформироваться чувство трудолюбия, активного отношения к работе, обучению, применению знаний и навыков, препятствия, возникшие на этом пути, могут привести к чувству собственной несостоятельности.

В пятом кризисе (подростковый возраст) происходит самоопределение, формируется чувство тождественности «Я», своего целостного и ценного «Я». Неспособность благополучно разрешить этот кризис может привести к нарушению процесса идентификации (в рамках невроза или даже психоза).

Поведение человека не может развиваться вне связи с другими людьми. Эти взаимоотношения определяются потребностью в общении. Эта потребность прежде всего реализуется в стремлении играть с детьми своего возраста. Общаясь друг с другом, дети создают свою субкультуру, которая является очень важной и в значительной степени незаменимой. Группы детей, действуя в стороне от взрослых, обучаются определенной самостоятельности, независимости от постоянно их опекающих и лишающих инициативы взрослых. В процессе общения дети облегчают сверстнику восприятие новой информации, расширяют свое представление о мире. Начиная с самого младшего возраста, ребенок понимает «инакость» других людей. Тольке в игре со сверстниками удается удовлетворить потребности развивающейся личности. Детям удается создать организацию и выразить свои коллективные интересы. Они обучают друг друга поведению в трудных жизненных ситуациях. Для этой цели используются либо фольклор, либо образцы поведения, передающиеся из поколения в поколения. Дети уже 5—10 лет осваивают необходимые образцы поведения, позволяющие им быстрее действовать и избегать излишнего эмоционального напряжения. Им удается улучшить свои навыки коммуникации за счет тренировки стандартных ситуаций, которые они создают в игре. Дети получают навык управления своим эмоциональным состоянием, защищаясь от обид и обзываний. Происходит испытание на психологическую прочность, во время которого ребенок приобретает навыки эффективной защиты. Как констатирует М. Осорина (1999), «в детской субкультуре можно наблюдать последовательные фазы знакомства с чувством страха, проживания его в разных обстоятельствах и попытки совладания с ним в ситуациях возрастающей трудности, фактически это спонтанно складывающаяся тренинговая программа, которая разворачивается в игровых формах, характерных для детской традиции». Анализ детской субкультуры позволяет сделать следующие выводы. Ребенок, лишенный детского общества, в меньшей степени подготовлен к встрече с трудностями жизни, и поэтому у него выше риск возникновения нервно-психических расстройств. При оценке детских переживаний следует учитывать, что сюжеты детского фольклора и ритуальные игры не проявления психопатологии, а элемент детской субкультуры.

В завершение этого раздела можно сказать, что детский психопатолог основывает диагностику нервно-психических расстройств, оценку их развития, исхо-

да и возможные вмешательства через призму возрастной психологии. Особенно большое значение приобретает последняя при анализе того, какую роль играют возрастные особенности личности ребенка в формировании симптоматики нервно-психических расстройств. Не менее существенно учитывать своеобразие возрастных кризов, как правило ослабляющих защитные силы организма и личности.

Вопросы

1. Психическая норма. 2. Нормоцентрический подход. 3. Нозоцентрический подход. 4. Критерии психического здоровья. 5. Психическое состояние. 6. Темперамент. 7. Периодизация психического развития. 8. Асинхрония. 9. Акселерация. 10. Ретардация. 11. Психический дизонтогенез. 12. Возрастной криз. 13. Природно-психическое. 14. Социально-психическое. 15. Эволютивный дизонтогенез. 16. Процессуальный дизонтогенез. 17. Психическая болезнь. 18. Детская психопатология.

Литература

Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : в 2 т. — М. : Педагогика, 1980.
Валлон А. Психическое развитие ребенка. — М. : Просвещение, 1967.
Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. — СПб. : Академия, 2003.
Выготский Л. С. Проблемы дефектологии // Дефектология. — 1994. — № 5.
Зейгарник Б. В. Очерки по психологии аномального развития личности. — М. : МГУ, 1980.
Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. — М. : Медицина, 2000.
Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. — СПб. : Питер, 2002.
Клиническая психология : хрестоматия / сост. Н. В. Тарабрина. — СПб. : Питер, 2000.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М. : МГУ, 1985.
Никифоров Г. С. Психология здоровья. — СПб. : Речь, 2002.
Осорина М. Секретный мир детей. — СПб. : Питер, 1999.
Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия // Социал. и клинич. психиатрия. — 1993.
Пиаже Ж. Избранные психологические произведения. — М. : Просвещение, 1969.
Психология подростка / под ред. Ю. И. Фролова. — М. : РПА, 1997.
Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. — М. : Мир, 2000.
Психическое здоровье детей и подростков / под ред. И. В. Дубровиной. — Екатеринбург : Деловая книга, 2000.
Спринц М. А., Михайлова Н. Ф., Шатова Е. П. — СПб. : Спецлит, 2005.
Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. — М. : Прогресс, 1982.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М. : Медицина, 1974.
Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. : Медицина, 1973.
Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. — М. : Педагогика, 1993.
Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — СПб. : Питер, 1999.
Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. — М. : Прогресс, 1996.

Глава 4. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Стресс и эмоциональный стресс, механизмы их развития

Наиболее частыми причинами в происхождении психических расстройств оказываются острый или хронический стрессы. При анализе действия эмоционального стресса необходимо также учитывать генетические факторы. У многих родственников детей, страдающих нервно-психическими заболеваниями, наблюдаются эти же расстройства.

Особенно уязвимы к действию стресса дети с некоторыми *преморбидными (предболезненными) особенностями личности.* У одних больных преобладает повышенная тревожность, напряженность. Другим свойственна боязливость, впечатлительность, напряженность с неспособностью разрядиться, повышенная ответственность, низкий уровень самоуважения, плохая переносимость фрустраций.

В возможном возникновении стресса следует учитывать *особенную субъективную значимость эмоционального стрессора.* Например, чрезмерное переживание ребенком даже кратковременного отсутствия матери на фоне его постоянного опасения лишиться родительницы.

Особую роль при возникновении нервно-психической патологии, помимо субъективной значимости стрессора и генетической предрасположенности к той или иной болезни, играют нейродинамические сдвиги, способствующие накоплению эмоционального напряжения, особенности личности, неблагоприятная микросоциальная среда, физическое и психическое состояние в момент действия стрессора, благоприятствующее его патогенному воздействию.

Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей (Судаков К. В., 1986).

Понятие *стресса* ввел в литературу H. Selye (1936), описав наблюдавшийся им *адаптационный синдром*, проходящий три стадии в своем развитии: 1) *тревоги*, во время которой осуществляется мобилизация ресурсов организма; 2) *резистентности,* при которой организм сопротивляется стрессору, если его действие совместимо с возможностями адаптации; 3) *истощения*, когда истощаются запасы адаптационной энергии при воздействии интенсивного раздражителя или при длительном воздействии слабого раздражителя, а также при недостаточности адаптивных механизмов организма.

H. Selye описывал *эустресс* — синдром, способствующий сохранению здоровья, и *дистресс* — вредоносный или неприятный синдром. Этот синдром рассматривается как болезнь адаптации, возникающая в связи с нарушением гомеостаза (постоянства внутренней среды организма). Биологическое значение стресса — мобилизация защитных сил организма.

Специфика эмоционального стресса состоит в том, что он развивается в условиях, когда не удается достичь результата, жизненно важного для удовлетворения биологических или социальных потребностей, и сопровождается комплексом соматовегетативных реакций, а активация нейроэндокринной системы мобилизует организм на борьбу.

К действию повреждающих факторов наиболее чувствительными оказываются эмоции, которые первыми включаются в стрессовую реакцию, что связано с их вовлечением в аппарат акцептора результатов действия при любых целенаправленных поведенческих актах (Анохин П. К., 1973). Вследствие этого активируется вегетативная система и эндокринное обеспечение, регулирующее поведенческие реакции. Напряженное состояние при этом может быть вызвано рассогласованием в возможности достижения жизненно важных результатов, удовлетворяющих ведущие потребности организма во внешней среде.

Вместо того чтобы мобилизовать ресурсы организма для преодоления трудностей, стресс может оказаться причиной серьезных расстройств. При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации эмоциональное возбуждение активизирует центры вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и нарушает поведение (схема 1).

Наиболее важную роль в развитии эмоционального стресса играют расстройства в вентромедиальном отделе гипоталамуса, базально-латеральной области миндалины, перегородке и ретикулярной формации.

Развитие у ребенка вследствие возникновения жизненных трудностей нервно-психических или соматических заболеваний зависит от психических и биологических особенностей индивида, социального окружения и стрессора (события, вызвавшего эмоциональную реакцию).

Социальное окружение

Многократно перенесенные в прошлом трудные ситуации в семье и вне ее неблагоприятно сказываются на последствиях эмоционального стресса. При этом имеют значение частота и тяжесть переживаемых событий. Для психического и соматического здоровья опасен не только один трагический инцидент, подобный смерти близких родственников, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий промежуток времени, так как это тоже снижает возможности приспособления. Однако следует учитывать, что ребенок в мире не один, что другие люди могут облегчить приспособление к ситуации. Наряду с предшествующим жизненным опытом существенное значение имеют и актуальные житейские обстоятельства. При несоразмерности личностных реакций на изменяющийся мир возникает опасность для здоровья. Такой подход предполагает комплексное рассмотрение человека и окружающей его среды.

Развитию заболевания после эмоционального стресса способствует состояние беспомощности, когда окружение воспринимается небезопасным, не доставляющим удовольствия, а человек чувствует себя покинутым. В то же время если окружение индивида разделяет его оценки и мнения и он может всегда найти у него эмоциональную поддержку, то вероятность болезнетворного действия эмоционального стресса уменьшается. Для человека (в особенности в детском возрасте) наличие социальных связей столь важно, что даже только их недостаточность может стать причиной развития стресса.

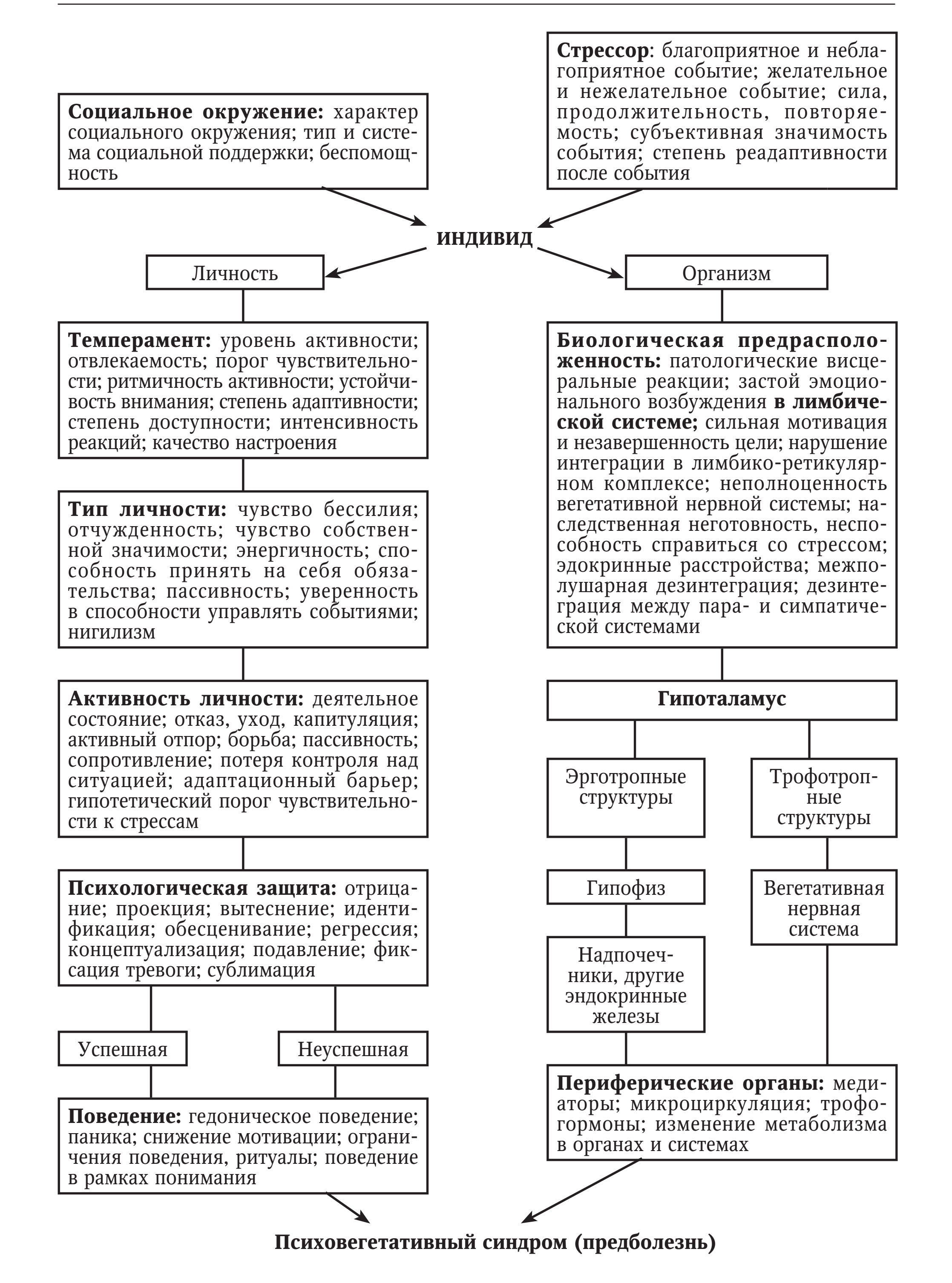


Схема 1. Механизм действия эмоционального стресса

Привязанность, возникающая между детьми и их родителями в самый чувствительный для этого период — вскоре после рождения, имеет колоссальное значение не только в качестве цементирующего механизма, объединяющего группы людей, но и в качестве механизма, обеспечивающего их безопасность. Формирование этого социального механизма основано на врожденных образцах поведения, что и определяет не только прочность привязанностей, но и их большую защитную силу. В тех же случаях, когда родительская забота была недостаточной, а социальные отношения нарушались или отсутствовали, у детей в дальнейшем недостает необходимых жизненных социальных качеств. Чувство беззащитности и неспособности оградить себя от опасности приводит к часто возникающим тревожным реакциям и почти постоянным нейроэндокринным изменениям. Такое состояние повышает риск неблагоприятного воздействия эмоционального стресса.

Стрессор

Причинами возникновения эмоционального стресса могут быть как позитивные, так и негативные события. В связи с тем что вредностями считают лишь неблагоприятные факторы, в качестве потенциальных стрессоров систематизируют лишь отрицательные события.

С. А. Разумов (1976) разделил стрессоры, участвующие в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека, на четыре группы:

1. *Стрессоры активной деятельности:* а) экстремальные (боевые); б) производственные (связанные с большой ответственностью, дефицитом времени); в) психосоциальной мотивации (экзамены).

2. *Стрессоры оценок (оценка деятельности):* а) «старт»-стрессоры и стрессоры памяти (предстоящие состязания, воспоминание о горе, ожидание угрозы); б) побед и поражений (победа, любовь, поражение, смерть близкого человека); в) зрелищ.

3. *Стрессоры рассогласования деятельности:* а) разобщения (конфликты в семье, школе, угроза или неожиданное известие); б) психосоциальных и физиологических ограничений (сенсорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограничивающие общение и деятельность, родительский дискомфорт, голод).

4. *Физические и природные стрессоры:* мускульные нагрузки, хирургические вмешательства, травмы, темнота, сильный звук, качка, жара, землетрясение.

Сам факт воздействия еще не обязательно предполагает наличие стресса. Более того, стимул действует, как указывал П. К. Анохин (1973), на стадии афферентного синтеза очень разнообразных по количеству и качеству суммирующихся раздражителей, поэтому оценить роль одного из факторов исключительно трудно. В то же время восприимчивость к некоторым стрессорам у людей может быть очень разной. Новые впечатления для одних непереносимы, а другим необходимы.

Психосоциальные стрессоры. Глобальные и общественные стрессоры. Среди глобальных психосоциальных факторов у детей страхи перед возникновением войны появляются отчасти как отражение тревог родителей, отчасти как собственные впечатления, полученные через средства массовой информации об уже идущих вооруженных столкновениях. При этом дети, неправильно оценивая степень реальной опасности, считают, что война уже на пороге их дома. В связи с загрязнением почвы, воды и воздуха ожидание экологической катастрофы становится новым глобальным страхом, поражающим не только взрослых, но и детей.

К числу вредоносных этнических факторов могут быть отнесены межнациональные противостояния, столь обострившиеся за последнее время. При воздействии таких региональных психосоциальных факторов, как стихийные бедствия — зем-

летрясения, наводнения или промышленные катастрофы, наряду с физическими факторами, приводящими к травмам, ожогам и лучевой болезни, возникает паника, охватывающая не только взрослых, но и детей. При этом психогенный эффект может быть отсроченным во времени и проявиться после исчезновения непосредственной опасности для жизни.

В отдельных населенных пунктах наблюдаются жизненные местные трудности. Например, добровольный или вынужденный отъезд из привычных мест обитания. Эти трудности значительно усугубляются, когда миграция осуществляется в местности, где иные взаимоотношения между людьми: иначе воспитывают детей или говорят на другом языке. Большой риск психического расстройства возникает, если переезд семьи влечет за собой утрату социального статуса ребенка.

В районе, в котором живет ребенок, он вне дома *может подвергаться нападениям, издевательствам или сексуальным злоупотреблениям*. Тяжелый след в душе ребенка оставляют преследования или дискриминация в детском коллективе за принадлежность к определенной этнической, языковой, религиозной или какой-то другой группе.

Стрессоры, связанные с детскими учреждениями. Школа, составляющая социальную среду, в которой дети находятся в течение значительного периода времени, нередко оказывается причиной четырех комплексов проблем.

Во-первых, это связано с поступлением в школу, из-за перехода от игры к труду, от семьи к коллективу, от нестесненной активности к дисциплине.

Во-вторых, ученику приходится приспосабливаться к давлению, оказываемому на него требованиями учебного процесса. Нажим родителей, учителей тем сильнее, чем более развито общество и сознание необходимости образования.

В-третьих, технизация общества, требующая усложнения учебных программ, их компьютеризация резко увеличивают трудности освоения школьных знаний. Положение ученика еще больше осложняется, если он страдает задержкой развития, дислексией, нарушением перцепторно-двигательных функций или воспитывался в неблагоприятной социально-культурной среде.

В-четвертых, из-за присутствия в школе элемента соревнования, связанного с ориентацией на высокие показатели, отстающих учеников неизбежно осуждают, в дальнейшем к ним относятся враждебно. У таких детей легко развивается самопораженческая реакция и негативное представление о собственной личности: они смиряются с ролью неудачников, неуспевающих и даже нелюбимых, что препятствует их дальнейшему развитию и увеличивает риск возникновения психических расстройств.

К школьным стрессовым ситуациям можно добавить *неприятие детским коллективом,* проявляющееся в оскорблениях, издевательствах, угрозах или принуждении к той или иной неприглядной деятельности. Следствием неспособности ребенка соответствовать желаниям и деятельности сверстников становится почти непрекращающееся напряжение в отношениях. Серьезной психической травмой может стать смена школьного коллектива. Причина этого кроется, с одной стороны, в потере старых друзей, а с другой — в необходимости подлаживаться к новому коллективу и новым педагогам.

Большой проблемой для ученика может стать *негативное (враждебное, скептическое) отношение учителя* или грубое, излишне аффективное поведение невоспитанного или невротичного воспитателя, пытающегося справиться с детьми только с позиции силы.

Пребывание в закрытых детских учреждениях — яслях, домах ребенка, детских домах, интернатах, больницах или санаториях — представляет для психики ребенка и его тела большое испытание. В этих учреждениях воспитывает посто-

янно сменяющаяся группа людей, а не один-два родственника. К такому калейдоскопу лиц маленький ребенок не может привязаться, почувствовать себя защищенным, что приводит к постоянной тревоге, страху, беспокойству.

Семейные стрессоры. Родительское воспитание может быть неблагоприятным, когда ребенок воспитывается приемными родителями, отчимом или мачехой, чужими людьми, а также родителями при непостоянном с ними проживании. Воспитание в неполной семье, в частности, становится неблагоприятным в том случае, когда родитель чувствует себя несчастным и, замыкаясь в семье, не способен создать своему сыну или дочери необходимые условия для формирования позитивных чувств и удовлетворения от жизни.

Сами дети много получают от общения за пределами семьи. В то же время *социальная изоляция семьи* может стать фактором риска для ребенка, так как она противодействует его контактам с окружением. Обособление семьи обычно возникает как следствие изменений личности родителей или их ригидных предпочтений, резко отличающихся от принятых в окружении.

Чрезмерно опекающий родитель принимает решения за ребенка, защищает его даже от незначительных или воображаемых трудностей, вместо того чтобы помочь преодолеть их. Это приводит к зависимости ребенка и мешает формированию у него ответственности, приобретению социального опыта за пределами семьи, изолирует от других источников социальных влияний. У таких детей возникают трудности в общении с окружающими, у них высока в связи с этим опасность невротических срывов и психических расстройств.

Семья обеспечивает ребенка жизненным опытом. Недостаточное же общение ребенка с родителями, отсутствие совместных игр и занятий не только ограничивает возможности его развития, но и ставит его на грань психологического риска.

Постоянное родительское давление, не соответствующее нуждам и потребностям ребенка, обычно направлено на то, чтобы он стал не тем, кто он есть на самом деле или кем он может быть. Требования могут не соответствовать полу, возрасту или особенностям личности. Такие попытки переделать его натуру или заставить сделать невозможное крайне опасны для его психики.

Искаженные взаимоотношения в семье из-за недостаточной откровенности, бесплодных споров, неспособности договориться между собой для решения семейных проблем, сокрытие семейных тайн от ребенка — все это крайне затрудняет ему возможность приспособления к жизни. Такая неопределенная и, как правило, напряженная обстановка, в которой воспитывается ребенок, также чревата риском для его психического здоровья.

Психические нарушения, личностные отклонения или инвалидность одного из членов семьи представляют для ребенка потенциальный риск психического расстройства. Это может быть связано, во-первых, с генетической передачей ребенку повышенной ранимости и, во-вторых, с влиянием психических расстройств у родителей на жизнь в семье. Их раздражительность лишает ребенка покоя, чувства уверенности. Их страхи могут стать причиной ограничения детской активности. Их бредовые и галлюцинаторные переживания могут пугать детей и даже стать причиной посягательства больных родителей на здоровье и жизнь детей. Нервно-психические расстройства могут лишить родителей способности заботиться о ребенке. В-третьих, из-за идентификации с родителями ребенок, так же как и они, может переживать тревогу или страхи. В-четвертых, может нарушаться гармония семейных отношений.

Определенное значение в этом смысле имеет инвалидность брата или сестры. Антагонистические взаимодействия и взаимоотношения между членами семьи

также приводят к неблагоприятным последствиям для социального и эмоционального развития ребенка.

Ребенок может оказаться под воздействием одного, нескольких или всех этих факторов в одно и то же время. Соответственно, варьируя по степеням, нарушенные внутрисемейные отношения могут возникать отчасти как результат реакций, отношений или действий самого ребенка. Дисгармоничные отношения между взрослыми членами семьи, проявляющиеся ссорами или атмосферой эмоционального напряжения, приводят к неуправляемому и враждебному поведению отдельных членов семьи, что упорно сохраняет жестокие отношения друг к другу.

Враждебность некоторых родителей проявляется в постоянном возложении ответственности на ребенка за чужие проступки, что фактически превращается в психическое истязание. Другие подвергают ребенка систематическим унижениям и оскорблениям, подавляющим его личность. Они награждают ребенка негативными характеристиками, провоцируют на конфликты, агрессию, незаслуженно наказывают. Сочетание боли, соматических страданий с переживаниями обиды, страха, отчаяния и беспомощности из-за того, что самый близкий человек несправедлив и жесток, может привести к психическим расстройствам.

Принуждение к половой жизни, развратные действия, совращающее поведение родителей, отчима, других родственников, как правило, сочетаются с серьезным неблагополучием в семейных отношениях. В этой ситуации ребенок оказывается беззащитным перед сексуальными злоупотреблениями, его переживания страха и обиды усугубляются неотвратимостью происходящего, безнаказанностью обидчика и противоречивыми чувствами обиженного к нему.

Индивид

Способность события вызвать дистресс определяется его восприятием индивидом. При оценке переживаемых трудностей по степени адаптации или по уровню дистресса оказалось, что субъективное и объективное значение событий для детей разного возраста различно. Дети-школьники тяжело переживают свою неспособность удовлетворить родительские чаяния о высокой успеваемости или примерном поведении. У подростка нередко развитие стресса связывается с неприятием или отвержением той группой сверстников, к которой он хочет принадлежать.

Среди индивидуальных особенностей личности, способствующих возникновению заболеваний в результате внешних воздействий, выделяется темперамент. Такие его стороны, как низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реакций, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и другие, делают ребенка очень чувствительным к стрессам. В то же время активность ребенка, ритмичность физиологических функций, доступность и хорошая приспособляемость к новому, наряду с преобладающим ровным настроением и небольшой интенсивностью реакций на изменения в окружающей среде, препятствуют развитию заболеваний при наличии потенциально стрессорных событий.

Предрасположение к возникновению стресса связывается также с наличием несоответствия между требованиями среды и способностями индивида к адекватному реагированию на них. Это объясняет, например, почему один ребенок, попадая в одинаково трудные условия учебного заведения, благополучно адаптируется, а другой, не обладающий поддержкой родителей или друзей, не может разрешить свои трудности иначе как через нервно-психическое расстройство.

Среди заболевших после перенесенных стрессов преобладают те личности, которые отличаются большим нигилизмом, чувством бессилия, отчужденностью,

непредприимчивостью. Активность увеличивает шанс благоприятного исхода перенесения стресса, отказ же от поиска выхода из ситуации делает организм уязвимым к возникновению заболеваний.

Появление психических нарушений связывается также с содержанием переживаний личности. Например, потеря «объекта». При этом под «объектом» понимают как одушевленные существа, так и неодушевленные предметы, от которых в силу своей привязанности индивид не может отказаться. Примером может быть кратковременная или — особенно — длительная утрата контактов с родственниками или с привычной деятельностью (игрой со сверстниками).

В процессе действия стрессора на личность происходит *первичная его оценка*. С этого момента формируются механизмы личностной защиты («процессы совладания»), т. е. средства личности, осуществляющей контроль над ситуациями, угрожающими или расстраивающими ее. Процессы совладания, являясь частью аффективной реакции, направлены на уменьшение или устранение действующего стрессора.

Результатом *вторичной оценки* становится один из трех возможных типов стратегии совладания: 1) непосредственные активные поступки индивида с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство); 2) мыслительная форма — вытеснение («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и опасно»), подавление, переключение на другую форму активности; 3) совладание без аффекта, когда реальная угроза личности не предполагается (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой).

Третья оценка возникает в процессе изменения суждения как результат полученной обратной информации или своих собственных реакций.

Психологическая защита и биологические процессы. Психологическая защита важна для предотвращения дезорганизации психической деятельности и поведения и тем самым для создания сопротивления индивида возможному развитию болезни. Она возникает в виде взаимодействия осознаваемых и неосознаваемых психологических установок. Если в результате психической травмы невозможна реализация в поведении ранее сформировавшейся установки, то нейтрализовать патогенное напряжение можно, создав другую установку, в рамках которой противоречия между первоначальным стремлением и препятствием устраняются. Примером может быть преодоление горя у ребенка, потерявшего свою горячо любимую собаку. В связи с невозможностью вернуть любимца утешить ребенка можно, лишь подарив ему другое живое существо, вырабатывая у него новую установку на уход за новоиспеченным другом. Именно с распадом психологической защиты создаются благоприятные условия для патогенного воздействия психоэмоционального стресса — развития не только функциональных, но и органических расстройств.

Биологические процессы, происходящие в период действия стресса и имеющие патогенное значение, возникают тем легче, чем более выражена наследственная предрасположенность к нервно-психическим расстройствам. В настоящее время они конкретизируются указанием на механизм ранимости организма — повышение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, нарушение трансформации монопротеидов крови и иммунологических особенностей организма. Возникновение физиологических изменений под влиянием стресса зависит от уровня эмоционального возбуждения, качества и знака эмоций, типов физиологического реагирования индивидов и различий реагирования у одного и того же человека в разное время, а также состояния вегетативной нервной системы.

Одним из механизмов устойчивости к эмоциональному стрессу является активация в мозгу опиоидергической системы, способной устранять отрицатель-

ное эмоциональное возбуждение. Накопление в мозгу серотонина при адаптации к трудным ситуациям также подавляет стрессорную реакцию.

Соматические изменения в процессе стресса

Стресс, будучи взаимодействием между человеком и окружающей средой, — сложный процесс, основанный на интеграции практически всех частей мозга. При этом решающую роль играет головной мозг: кора головного мозга, лимбическая система, ретикулярная формация, гипоталамус, а также периферические органы.

Стрессовая реакция в ответ на психосоциальный стимул начинается с восприятия стрессора рецепторами периферической нервной системы. Информацию получает кора головного мозга и ретикулярная формация, а через нее — гипоталамус и лимбическая система. Каждый стимул может достичь той или иной мозговой структуры только при помощи активации, зависящей от субъективной значимости этого стимула и ситуации, предшествовавшей его воздействию, а также от прежнего опыта перенесения аналогичных раздражителей. Благодаря этому события получают эмоциональную окраску. Полученные сигналы и их эмоциональный аккомпанемент анализируются в коре лобной и теменной долей. Информация, сопровождаемая эмоциональной оценкой, из коры головного мозга поступает в лимбическую систему. Если психосоциальный стрессор интерпретируется как опасный или неприятный, то может возникнуть сильное эмоциональное возбуждение. Когда блокируется удовлетворение биологических, психологических или социальных потребностей, возникает эмоциональный стресс; он выражается, в частности, соматовегетативными реакциями. В процессе развития стресса возникает возбуждение вегетативной нервной системы. Если в ответ на изменения среды не формируется полезная приспособительная реакция, то возникает конфликтная ситуация, усиливается эмоциональная напряженность. А это приводит к подъему артериального давления, учащению сердцебиений, выбросу гормонов в кровь и т. д.

Первые соматические проявления стресса возникают благодаря быстрой реакции вегетативной нервной системы. После того как психосоциальный стимул был оценен как угрожающий, нервное возбуждение проходит к соматическим органам. Стимуляция вегетативных центров приводит к кратковременному увеличению концентрации норадреналина и ацетилхолина на окончаниях нервов, нормализуя и активируя деятельность органов (сердца, сосудов, легких и т. д.). Для поддержания стрессовой активности в продолжение более длительного времени включается нейроэндокринный механизм, реализующий стрессовую реакцию посредством адренокортикального, соматотропного, тиреоидного и других гормонов, в результате чего подъем артериального давления, одышка, сердцебиение и т. д. сохраняются длительное время.

Патогенность стресса

Состояние стресса приводит к усилению взаимодействия гипоталамуса и ретикулярной формации, ухудшению связи между корой и подкорковыми структурами. При нарушении корково-подкорковых отношений как при остром, так и при хроническом стрессе возникают типичные для него расстройства моторики, ритма сна и бодрствования, нарушение влечений, настроения.

Наряду с этим нарушается активность нервных трансмиттеров, меняется чувствительность нейронов к трансмиттерам и нейропептидам.

Патогенность стресса (способность вызывать соматические и нервно-психические расстройства) зависит от его интенсивности, или продолжительности, или от того и другого вместе. Факт возникновения психосоматического заболевания,

невроза или психоза объясняется тем, что индивид имеет тенденцию к формированию аналогичных психофизиологических реакций на разнообразные стрессоры.

Стресс не развивается по закону «все или ничего», а имеет различные уровни проявления. Он протекает как компенсаторный процесс во взаимоотношениях с внешним миром, как соматическая регуляция. При постоянном повышении активности функциональных систем может быть их «износ», амортизация.

«Соматический стресс» (воздействие физических или химических факторов) осуществляется через подкорковые структуры (переднюю туберальную область), откуда кортикотропин-рилизинг-фактор через гипоталамус поступает в переднюю долю гипофиза.

«Психический стресс» реализуется через кору мозга — лимбико-каудальный отдел подбугорной области — спинной мозг — брюшные нервы — мозговое вещество надпочечников — адреналин — нейрогипофиз — АКТГ — кору надпочечников.

Стресс может быть механизмом развития невротических, психических и психосоматических (сердечно-сосудистых, эндокринных и других нарушений, болезней суставов, расстройств обмена веществ) заболеваний. Основа развития заболевания при длительном стрессе — продолжительное влияние гормонов, участвующих в формировании стресс-реакции и вызывающих нарушения в обмене липидов, углеводов, электролитов.

Кратковременное острое воздействие стресса приводит к повышению адаптивных способностей. Однако если подготовленная реакция «битва — бегство» (борьба с трудностями) не осуществляется, то стресс оказывает на организм отрицательное влияние и может вызвать острую аффективную реакцию.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Телесные болезни, повреждения, отравления вызывают нервно-психические расстройства. Однако традиционно изучение соматогенных нервно-психических расстройств, т. е. связанных с физическими повреждениями и болезнями, у детей, как и у взрослых, проводилось в психиатрических клиниках. В связи с этим анализу подвергались, как правило, выраженные психические расстройства с затяжным или периодическим течением. Создавалось впечатление, что единственной причиной их возникновения являются физические вредности, действующие на организм человека. Полагали, что только от остроты, темпа и силы их воздействия могут зависеть клинические проявления психических болезней. Значительно реже описывались случаи кратковременных расстройств, не требовавших госпитализации в психиатрическую больницу. В последнее время выраженные и особенно тяжелые формы соматогенных психических нарушений у детей стали редкостью. В то же время участились случаи легких форм психозов, неврозоподобных (сходных по клиническим проявлениям с неврозами), эндоформных (напоминающих эндогенные заболевания) расстройств. Необходимость предупреждения и лечения психических нарушений и связанных с ними осложнений потребовала изучения этой достаточно распространенной соматогенной психопатологии, наблюдающейся за пределами психиатрических стационаров.

У больных, обратившихся в детскую поликлинику или находившихся на лечении в детских соматических больницах и санаториях, выявлен весь спектр нервно-психической симптоматики: от начальных проявлений до выраженных психозов. Для понимания происхождения и особенностей симптоматики у них были изучены наследственная отягощенность, перенесенные биологические вредности, преморбидное состояние (психическое и соматическое здоровье до болезни), из-

менение личности в ходе болезни и ее реакция на душевное соматическое состояние, влияние микро- и макросоциальных условий.

В результате изучения этих неглубоких психических нарушений установлено, что симптомы нервно-психических расстройств в подавляющем большинстве случаев сочетаются с личностными реакциями как на соматическое, так и психическое заболевание. Эти реакции зависят от особенностей личности ребенка или подростка, его возраста, пола и тем явственнее выражены, чем менее тяжела психопатологическая симптоматика.

С целью более глубокого понимания личностного реагирования был проведен анализ внутренней картины болезни (ВКБ). Специальные методические приемы позволили оценить роль интеллектуального уровня детей, знаний о здоровье и болезни, опыта перенесенных страданий, преобладающих эмоциональных отношений родителей к болезни ребенка и восприятия ее пациентом в формировании ВКБ.

Имея в виду сложность патогенеза (механизма развития) нервно-психических заболеваний, все же следует отдельно рассмотреть особенности факторов, действующих на тело и вызывающих расстройство психики. К этим «соматогенным» факторам относятся экзогенные (внешние) факторы: соматические и общие инфекционные болезни, мозговые инфекционные заболевания, интоксикации (отравления), травматические поражения мозга. Предполагается, что экзогенные (например, соматогенные) расстройства возникают вследствие воздействия внешних причин, а эндогенные (например, шизофрения) — благодаря развертыванию внутренних механизмов, реализации наследственного предрасположения. На самом деле между «чистыми» эндогенными и экзогенными расстройствами существуют переходы от таких, при которых имеется выраженное генетическое предрасположение, спровоцированное незначительным внешним воздействием, до таких, при которых заметного предрасположения отметить не удается, а этиологическим фактором оказывается мощная внешняя вредность.

О распространенности экзогенных вредностей можно судить по данным В. И. Горохова (1982). Среди наблюдавшихся им больных, заболевших в детстве, 10 % составляли экзогенно-органические заболевания. Причиной их в 24 % случаев послужили травмы головы, в 11 % — менингиты, энцефалиты, в 8 % — соматические и инфекционные заболевания. Однако наиболее часто — в 45 % случаев — обнаруживались сочетания перечисленных факторов, что и подтверждает преобладание в реальной жизни комплексного действия на организм и психику различных вредностей.

Среди этиологических факторов инфекционных психозов отметим, например, такие заболевания, как грипп, корь, скарлатина, гепатит, ангина, ветряная оспа, отит, краснуха, герпес, полиомиелит, коклюш. Нейроинфекции (инфекционные болезни мозга) вызывают психические расстройства в ходе развития менингитов, энцефалитов (менингококкового, туберкулезного, клещевого и др.), бешенства. Возможно также появление осложнений (вторичные энцефалиты) при гриппе, пневмонии, кори, дизентерии, ветряной оспе и после вакцинаций. Ревматизм и красная волчанка тоже могут привести к острым и хроническим психическим расстройствам. Заболевания почек, печени, эндокринных желез, крови, пороки сердца могут осложняться нервно-психическими нарушениями. Нарушения психики могут быть обусловлены отравлением трициклическими антидепрессантами, барбитуратами, антихолинергическими препаратами, гормональными препаратами, а также бензином, растворителями, алкоголем и другими химическими веществами. Причиной психических нарушений могут оказаться травматические поражения мозга (сотрясения, ушибы и реже открытые травмы головы).

Связать возникновение обсуждаемых расстройств с одной-единственной причиной очень трудно. «Нельзя выделять один главный фактор, и тем более единственный, и свести к нему этиологию явления» (Давыдовский И. В., 1962). Комплексу экзогенных вредностей, вызывающих психические расстройства, обычно предшествуют факторы, ослабляющие организм, снижающие его реактивность, т. е. способность защитить себя от заболевания. К их числу относят особенности соматического развития ребенка, иммунную реактивность, а также повышенную ранимость некоторых отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, которые участвуют в сопротивлении вредным воздействиям. В ослаблении защиты организма могут сыграть роль также перенесенные воспалительные или травматические повреждения мозга, неоднократные соматические заболевания, тяжелые моральные потрясения, физические перенапряжения, интоксикации, хирургические операции.

Особенности воздействия экзогенного «причинного фактора» определяются его силой, темпом воздействия, качеством и особенностями взаимодействия предрасполагающих и производящих причин.

Рассмотрим воздействие экзогенных факторов на примере инфекций. По данным Б. Я. Первомайского (1977), могут возникнуть три типа взаимодействия организма и инфекции. При первом из них из-за большой тяжести (вирулентности) инфекции и высокой реактивности организма, как правило, для возникновения психических расстройств нет условий. При затянувшейся инфекционной болезни (второй тип) возможность развития психических расстройств будет зависеть от дополнительных (ослабляющих) факторов. В этом случае правильная диета и лечение оказываются решающими. Третий тип характеризуется и невысокой реактивностью организма, и недостаточностью терморегулирующей системы. Возникающее в мозгу охранительное торможение играет роль защиты организма, и психические расстройства, в которых оно проявляется, выполняют положительную роль.

Для понимания патогенеза экзогенных нервно-психических расстройств необходимо учитывать значение развивающегося недостатка поступления кислорода в мозг, аллергии, нарушений мозгового обмена веществ, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состава спинномозговой жидкости и крови, повышения проницаемости барьера, защищающего мозг, сосудистых изменений, отека мозга, разрушений в нервных клетках.

Острые психозы с помрачением сознания возникают при воздействии интенсивных, но непродолжительно действующих вредностей, в то время как протрагированные психозы, приближающиеся по клиническим проявлениям к эндогенным, развиваются при длительном влиянии вредности более слабой интенсивности (Тиганов А. С., 1978).

В связи со сходством в общих чертах патогенеза всех экзогенных психических расстройств для его понимания можно использовать имеющиеся данные по инфекционным психическим нарушениям.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ

В происхождении целого ряда заболеваний и нарушений психического развития участвуют наследственные причины. При болезнях генетического происхождения гены продуцируют аномальные ферменты, белки, внутриклеточные образования и т. д., из-за чего в организме нарушается обмен веществ и, как следствие, может возникнуть то или иное психическое расстройство. Само наличие откло-

нений в наследственной информации, передаваемой родителями детям, является причиной возникновения болезни.

Здесь приводятся некоторые наследственные синдромы психических нарушений, которые развиваются при определенных хромосомных или генетических, а иногда и при неизвестных нам условиях.

Синдром ломкой Х-хромосомы (синдром Мартина — Белла)

При этом синдроме одна из длинных ветвей Х-хромосомы ближе к концу сужается, на ней имеются пробел и отдельные фрагменты либо обнаруживаются небольшие выступы. Частота синдрома среди всех умственно отсталых — 1,9—5,9 %, среди умственно отсталых мальчиков — 8—10 %. У одной трети гетерозиготных носительниц женщин имеется также интеллектуальный дефект. У 7 % умственно отсталых девочек имеется хрупкая Х-хромосома. Частота этого заболевания во всей популяции 0,01 % (1 : 1000).

Синдром Клайнфельтера (XXY)

При этом синдроме у лиц мужского пола имеется дополнительная Х-хромосома. Частота синдрома — 1 на 850 новорожденных мужского пола и 1—2,5 % у больных с легкой степенью умственной отсталости. При этом синдроме может быть несколько Х-хромосом, и чем их больше, тем глубже умственная отсталость. Описано сочетание синдрома Клайнфельтера с наличием у больного хрупкой Х-хромосомы.

Синдром Шерешевского — Тернера (моносомия X). Состояние определяется единственной Х-хромосомой. Этот синдром встречается у одной из 2200 рождающихся девочек. Среди умственно отсталых — у одной из 1500 лиц женского пола.

Синдром трисомии хромосомы 21 (болезнь Дауна). Этот синдром — самая частая хромосомная патология человека. При ней имеет место лишняя 21-я хромосома. Частота среди новорожденных — 1 : 650, в популяции 1 : 4000. Среди больных умственной отсталостью этот синдром составляет около 10 %.

Фенилкетонурия. Синдром связан с наследственным, генетически передающимся недостатком фермента, контролирующего переход фенилаланина в тирозин. Накапливающийся в крови фенилаланин становится причиной умственной отсталости у одной из 10 000 новорожденных. В населении число больных — 1 : 5000—6000. Больные фенилкетонурией составляют 5,7 % умственно отсталых, обращающихся за помощью в генетическую консультацию.

Синдром «лицо эльфа» — наследственно генетически передающаяся гиперкальциемия. В популяции он встречается с частотой 1 : 25 000, а на приеме в генетической консультации это самая частая форма после болезни Дауна и фенилкетонурии (почти 1 % обращающихся детей).

Туберозный склероз. Это наследственное системное (опухолевидное поражение кожи и нервной системы) заболевание, связанное с мутантным геном. В популяции этот синдром встречается с частотой — 1 : 20 000. На приеме в генетической консультации такие больные составляют 1 % всех обращающихся больных. Нередко встречается у глубоко умственно отсталых больных.

Алкогольная энцефалопатия. Фетальный алкогольный синдром, обусловленный алкоголизмом родителей, составляет 8 % всех случаев умственной отсталости. При злоупотреблении алкоголем и курением во время беременности повышается частота внутриутробных и перинатальных смертей, недоношенности, асфиксии в родах и увеличиваются заболеваемость и смертность детей в ранние годы жизни. Алкоголь интенсивно действует на клеточные мембраны, на процес-

сы клеточного деления и синтеза ДНК нервных клеток. В первые недели после зачатия он приводит к грубым порокам развития ЦНС и к умственной отсталости. После 10-й недели беременности алкоголь вызывает клеточную дезорганизацию и нарушает дальнейшее развитие ЦНС.

Позже алкоголь нарушает у плода мозговой обмен веществ и нейрогенные влияния на эндокринную систему, что вызывает эндокринные расстройства, в частности нарушения роста. Выраженность синдрома зависит от тяжести материнского алкоголизма и срока воздействия алкоголя на плод.

Тест

1. Эмоциональный стресс может быть причиной:
а) психогенного нарушения психики;
б) эндогенного нарушения психики;
в) любых психических нарушений;
г) никаких психических нарушений.

2. Эустресс — это:
а) синдром, способствующий сохранению здоровья;
б) вредоносный или неприятный синдром;
в) психогенный синдром.

3. Дистресс — это:
а) синдром, способствующий сохранению здоровья;
б) вредоносный или неприятный синдром;
в) соматогенный синдром.

4. Психогенная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
б) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

5. Соматогенная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью;
б) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

6. Экзогенно-органическая этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с трудной житейской ситуацией;
б) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием;
в) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга.

7. Эндогенная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия;
б) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга;
в) этиологический фактор, обусловленный соматическим заболеванием.

8. Генетическая (наследственная) этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия;
б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
в) этиологический фактор, обусловленный мозговыми инфекционными болезнями или травматическими поражениями мозга.

9. Хромосомальная этиология — это:
а) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
б) этиологический фактор, обусловленный нарушением структуры хромосом;
в) этиологический фактор, связанный с неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием экзогенного (внешнего) воздействия.

10. Генная этиология — это:
а) этиологический фактор, обусловленный нарушением структуры хромосом;
б) этиологический фактор, связанный с передачей заболевания по наследству;
в) этиологический фактор, связанный с мутацией гена.

11. Эмбриопатия — это:
а) этиологический фактор, связанный с мутацией гена;
б) этиологический фактор, обусловленный внутриутробным поражением плода;
в) этиологический фактор, связанный с родовой травмой.

Литература

Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2004.
Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. — М. : Медицина, 2000.
Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб. : Речь, 2005.
Короленко Ц. П. Социодинамическая психиатрия. — М. : Академический проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2000.
Маринчева Г. С. Гаврилов В. И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. — М. : Медицина, 1988.
Психогигиена детей и подростков / под ред. Г. Н. Сердюковской, Г. М. Гёльница. — М. : Медицина, 1985.
Психиатрия, психосоматика, психотерапия / под ред. К. П. Кискер [и др.]. — М. : Алетейя, 1999.
Селье Г. Стресс без стресса. — М. : Прогресс, 1982.
Тигранян Р. А. Стресс и его значение для организма. — М. : Наука, 1988.

Глава 5. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

БИОГРАФИЯ (АНАМНЕЗ) БОЛЬНОГО РЕБЕНКА (ПОДРОСТКА)

Актуальный анамнез

Знакомство с ребенком начинается с выяснения основных трудностей, которые привели его к врачу и вопросов, которые волнуют его или его родителей. После изложения жалоб и первых попыток родителей и ребенка объяснить причину прихода к психиатру возникает вопрос о том, что предшествовало, сопутствовало или сопровождало жизненные трудности. Предстоит выяснить, как началось настоящее заболевание (расстройство): остро, постепенно или его начало не удалось заметить. Существенно также определить, что предшествовало (провоцировало) и отягощало начало возникновения болезни. Если у семьи имеются готовые объяснения происшедшему, следует внимательно их выслушать и тщательно проверить предлагаемые доводы. В процессе беседы обращается внимание на симптомы, опасные для ребенка (подростка) или для окружающих (склонность к суицидам, самоповреждению, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ).

Семейный анамнез

Для уточнения и объяснения выявленных в процессе изучения биографии пациента фактов следует изучить предысторию всего происходящего в семье. С этой целью собирается семейный анамнез. Необходимо получить сведения о родственниках, страдающих алкоголизмом или наркоманией, психическими, психосоматическими или наследственными болезнями, а также выяснить, были ли в роду случаи покушений на самоубийство. Этот анамнез выявляет стили отношений членов семьи и модус воспитания детей. Он позволяет обнаружить существующие конфликты, положение и роль ребенка в семье.

Сбор семейного анамнеза может затрудняться рядом обстоятельств: боязнью родителей показаться плохими воспитателями, чувством их вины за поведение детей, забывчивостью воспитателей, сложившимися взглядами на происхождение семейных конфликтов, боязнью «плохого» психиатрического диагноза.

Личный анамнез

В процессе сбора сведений врач узнает о степени желательности рождения ребенка, о благополучии течения беременности и прохождении родов. Знания о течении эмбрионального периода и родов помогут выявить причину ранних органических поражений головного мозга и эпилепсии. Особенно важна информация о развитии ребенка в первые недели, месяцы и годы жизни. Родители должны сообщить, когда ребенок встал, пошел, как у него развивалась речь. Наличие отклонений в развитии локомоторных функций в раннем возрасте может указывать на тяжелые степени отставания. У школьника следует узнать об успеваемости, принятии его сверстниками и педагогами. Выявленная неспособность усвоить программу может быть связана со специфическими нарушениями школьных навыков. Тяжело протекавшие детские инфекции, другие серьезные заболевания, в том числе менингит, энцефалит, черепно-мозговые травмы, могут объяснить происхождение тех или иных нервно-психических расстройств.

Появляющиеся в детстве нарушения поведения, возможно, свидетельствуют о сложных семейных взаимоотношениях или о проявлении последствий перенесенных вредностей. Не складывающееся общение, затруднения в социальной адаптации подростка в семье или в обществе могут быть проявлением развивающегося расстройства личности.

Характеристика больного будет неполной, если не познакомиться с интересами и увлечениями ребенка (подростка), а также с тем, как и с кем он проводит свой досуг.

Биографический анамнез (анамнез болезни)

В этой части анамнеза врач получает информацию об истории жизни пациента, которая в той или иной степени связана с проявлениями болезни. Изучая субъективный характер переживаний больного, можно, например, оценить степень глубины отражения в его психике неадекватности воспитания, семейных трудностей и конфликтов. А это, по всей вероятности, объяснит появление эмоциональных комплексов или реактивных симптомов.

Количественное исследование жизненных событий (разлука с близкими, развод родителей, предательство, смерть отца или матери и т. п.) позволяет оценить испытываемую больным стрессорную нагрузку. Чем выше эта нагрузка, тем более вероятно и понятно возникновение психосоматических и нервно-психических расстройств. Однако само по себе каждое из пережитых событий оказывает различное влияние на разных детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА

В ходе обследования ребенка должна быть получена та же информация, что и при беседе со взрослым для получения психического статуса: ориентировка в собственной личности и в окружении, течение мыслей, фантазии, амбиции, концепция «Я», межличностные отношения, идеалы, манерность и т. д. Способы получения этих данных зависят от возраста и особенностей ребенка, подготовки и личности исследующего, а также от условий, в которых происходит изучение ребенка. Психопатологическое исследование будет оставаться неполным до тех пор, пока не появится достаточно материала, чтобы написать полный психический статус. Это требует достаточного времени и обычно продолжается в течение нескольких встреч.

Основнымит пунктами психологического статуса являются:

1. Внешность.
2. Настроение и эмоциональные проявления.
3. Ориентировка и восприятие.
4. Механизмы совладания.
5. Нейромышечная интеграция.
6. Мышление и вербализация.
7. Фантазии:
   а) сновидения;
   б) рисунки;
   в) желания;
   г) игра.
8. Суперэго:
   а) эго идеалы и ценности;
   б) интеграция с личностью.
9. Концепция «Я»:
   а) объектные отношения;
   б) идентификации.

10. Осознавание проблем.
11. Интеллектуальный коэффициент.
12. Суммарная оценка психического статуса.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ КАБИНЕТА, ГДЕ ПРОИСХОДИТ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА

С целью эффективного изучения психического состояния ребенка необходимо создать специальные условия. Комната, где будет происходить обследование должна иметь разнообразное оборудование: игрушечную кухню для варки и печенья, раковины для игр с водой, пространство для подвижных игр. Кроме того, в ней следует иметь различный материал для выявления изобразительных способностей: пластилин, глина, краски и карандаши. Для более сложных, в том числе и сюжетных, игр понадобятся деревянные тумбочки и скамейка, строительные кубики, куклы, маленькие фигурки для разыгрывания сцен из обыденной жизни, куклы-марионетки, игрушечные солдатики и пушки, меблированный игрушечный дом, поезда разных размеров, грузовики, легковые машины, самолеты, модели для сборки и разнообразные настольные игры. Конкретное содержание предметов в комнате варьирует время от времени, что зависит от фантазий или предпочтений персонала. Насколько это возможно, большая часть материала должна находиться в шкафу с раздвижными стеклянными дверцами, чтобы можно было подбирать необходимые стимулы для тех детей, которые в этом нуждаются. Следует иметь в наличии семью кукол с реалистичными гениталиями, которые могут быть использованы при необходимости.

Упомянутые предметы часто используются также и при психотерапии. Кроме того, можно добавить другие материалы, подходящие как для диагностических бесед, так и для психотерапии: предметы, используемые в творчестве, определенные куклы для агрессивных фантазий детей, заводные машинки, куклы-марионетки для изображения взаимодействия и персональной проекции. Полезны также некоторые настольные игры, которые можно использовать в процессе взаимодействия с обследующим профессионалом. Они позволяют ребенку уклониться или освободиться от эмоционально обременяющего напряжения.

Недовольство детей ограничениями и тот факт, что дети меньше взрослых озабочены своими личными делами, позволяет вывести на время детей из комнаты обследования. С этой целью можно использовать лифт или подвал здания, которые могут оказаться для детей наиболее интересными и интригующими. Улица, местная игровая площадка, фонтан газированной воды в киоске, особенности строений в соседнем квартале могут быть частью оборудования для психиатрической беседы.

Решение вывести ребенка из кабинета может стать ловушкой. Большинство узнает в раннем возрасте, что дискомфорт в некоторых ситуациях смягчается изменением предмета беседы или переходом на другое место. Если исследующий беспокоится о перживаниях пациента, он может вывести ребенка поиграть, чтобы улучшить с ним общение. Психиатры и психологи настолько привыкли говорить на такие темы, как сексуальность, жестокость или печаль, что не чувствуют душевного дискомфорта у беседующего с ними ребенка, вне зависимости от того, что он утверждает. Однако символическая игра этих эмоций, отказ говорить или делать что-либо, жестикуляция или слова, которые слишком персональны, могут провоцировать специалистов вывести ребенка из кабинета, не понимая, что это именно их дискомфорт, а не беспокойство ребенка, которое они пытаются смягчить. Решение или действие исследующего специалиста являются корректными, если это облегчает достижение поставленной цели. Иногда нет уверенности

в корригирующем действии до тех пор, пока оно не испытано. Когда ребенок взят для игры во время осмотра, следует задаться вопросом, узнали ли специалисты что-либо новое о ребенке. Если нет, тогда следует лучшим образом использовать время в кабинете. Было бы несправедливо ограничивать обследование ребенка рамками кабинета, если он озабочен своими мыслями и страхами. С другой стороны, не оказывается никакого благоприятствования ребенку, если его занимают деятельностью, которая препятствует выявлению переживаний.

ВОЗРАСТ И ОСОБЕННОСТИ РЕБЕНКА

Из трех факторов диагностического опроса — условий беседы, специалиста и ребенка — наиболее важным является ребенок. Обсуждение всех возрастных уровней и различных особенностей поведения в соответствующем возрасте заняло бы много времени. Следует, однако, привести общие соображения о детях как психиатрических пациентах.

Существует большая опасность получения необъективной информации, если кто-либо слишком рано проявил озабоченность с целью определения нормального или отклоняющегося поведения. В процессе самого осмотра следует сделать акцент на изучении ребенка настолько глубоко, насколько это возможно, вместо того чтобы высказывать преждевременные заключения или окончательные суждения.

Необходимо принимать во внимание отношение ребенка к тому, кто его осматривает, и к самой процедуре беседы. Многие дети, будучи приведенными в кабинет для осмотра, относятся к этому отрицательно и нередко сопротивляются. С точки зрения ребенка, это отношение полностью оправданно. Ребенок-пациент проявляет сходство со взрослым в том, что обычно не стремится получить профессиональную помощь и приводится на обследование против желания. Прошлый опыт ребенка может указывать на то, что все взрослые в сговоре и беседующий с ним человек также не исключение. Конечно, дети знают, что связь между родителями и обследующим привела к договоренности об обследовании «за их спиной» и что родители, выплачивая гонорар, вступают в союз с ним. Они полагают, что, исключая самые низкие цели, у взрослых нет настоящего интереса к пониманию детей. Обычно, допускает эту мысль ребенок или нет, он твердо верит, что обследование даст положительные доказательства его врожденной испорченности и приведет к продолжению родительских наказаний.

Языковой барьер может стать проблемой при общении обследующего и пациента. Подростки и представители определенных этнических групп часто используют жаргонные слова и выражения в сознательной попытке сохранить свой внутренний мир в неприкосновенности от посягательств окружающих. Мышление дошкольников еще очень отличается от мышления взрослых. Способность детей использовать отвлеченные понятия и выражать чувства и мысли на вербальном уровне часто бывает ограниченной. Эти трудности — еще один довод в пользу обследования и терапии в процессе игры. Ребенку намного легче выразить себя в действии, чем о себе рассказать.

У взрослых обычно возникают большие трудности в понимании языка игры детей. Игры взрослых — рекреация и передышка в процессе работы. У детей же игра — главное занятие, которое имеет намного большее значение, чем только отдых после работы. Игровая активность детей имеет общее значение для группы детей одного и того же возраста и одного и того же культурного уровня. Игра также имеет уникальное значение для индивида внутри группы. Чтобы понять это уникальное значение, следует не только наблюдать за содержанием и формой

игры, но и знать детские фантазии, сопровождающие игру, выявлять аффекты, ассоциирующиеся с игрой. Е. Эриксон полагает, что во многом уникальное значение игры определяется стремлением ребенка научиться управлять собой, собственным телом, справляться с телесными ощущениями и тревогой, вызываемой событиями, происходящими вокруг. Через игру ребенок обучается понимать реальность посредством эксперимента и планирования. Определенно: черта человека любого возраста — использовать опыт создания модельных ситуаций. «Игрушки ребенка и старика резоны — фрукты разных сезонов» (У. Блейк).

Можно ожидать, что асоциальный и делинквентный ребенок будет больше упорствовать в своем сопротивлении обследованию и беседе, чем любой другой ребенок. Такие дети, особенно те, у кого нет чувства невротической вины из-за своего поведения, подходят ко всем взрослым с негативным переносом недоверия и враждебности. Взрослый должен быть способен принять сторону ребенка и согласиться с его поведением, возникшим при определенных обстоятельствах. Когда эти дети упорно лгут или стоически молчат, обследующему специалисту следует справиться со своим раздражением и обычными импульсами взрослого к проявлениям враждебности и лжи «обвиняемого». Иногда недоверие ребенка удается преодолеть прямым согласием с ним, что опасно доверять чужим взрослым. И в то же время нужно напомнить ему, что некоторые предметы могут обсуждаться совместно безо всякой опасности для него. Ребенок должен знать, что его не обманывают и ему не следует сердиться на эти искренние попытки и рассматривать их как надувательство. Чтобы добиться контакта, приходится иногда употребить легкий прозрачный сарказм в форме шутки, рассказывая ребенку нарочитую неправду.

Откровенное, не осуждающее обсуждение противоправных деяний ребенка может сломить его сопротивление и облегчит ему возможность доверять обследующему свои представления о границах правого и неправого. Не имеет значения, как далеко находится ребенок от социального благополучия, каждый индивид имеет определенную линию или точку, в пределах которой он рассматривает поведение как неправильное. Некоторые простые примеры: обычная вера в то, что украсть небольшую ценность, в отличие от большой, не является преступлением, или что не должна подвергаться особому порицанию кража у правительства или большой корпорации, в то же время это серьезно, когда что-нибудь берут из собственности соседа.

Существенно помнить, что тому, кто обследует ребенка, нет необходимости добиваться признания. Его задача состоит в том, чтобы сформулировать профессиональное мнение о приспособленности ребенка к окружающей среде. Таким образом, вопросы предназначены не для того, чтобы узнать, было или не было совершено то или иное действие. Можно задавать вопросы так, как будто факт его наличия был уже признан. Ребенок тогда волен отказаться или принять это предположительное утверждение: так как его виновность или невиновность не доказана, он может быть готов рассказать о деталях. Некоторые делинквентные дети с готовностью отвечают на вопрос: «Как случилось, что тебя схватили?» Однако могут гневаться, когда их спрашивают о том, почему или где было совершено определенное действие (преступление).

СТРУКТУРИРОВАНИЕ СИТУАЦИИ, В КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

Диагностическое интервью должно состоять из сочетания игры и беседы. Манипулирование детской игрой соответственно некоторым заученным струк-

турированным процедурам интервью, вероятно, подавит спонтанность ребенка. С другой стороны, только пассивное наблюдение игры ребенка без оценки некоторых словесных ассоциаций не позволит исследователю понять, каково особенное значение детской активности.

Применяют умеренно активный разговорный метод интервью в кабинете, оборудованном под игровую комнату. Дети младше 10—11 лет чувствуют себя уютнее и продуктивнее работают, когда используют игровые материалы, а старшие дети с готовностью реагируют на разговорный метод обследования. Однако даже некоторые 14—15-летние подростки спонтанно используют игрушки обычно в качестве инструмента для снижения эмоционального напряжения. С другой стороны, некоторые 6—7-летние дети не способны использовать игровой материал, но могут участвовать в прямом разговоре о себе и значительных событиях или людях в их жизни.

Как сказано выше, детей не следует понуждать делать что-то или заставлять играть. Если они кажутся заинтересованными, можно сказать, что им разрешено использовать любые предметы в комнате. Если они играют спонтанно, им можно задавать время от времени вопросы, чтобы прояснить их действия и мысли. Если они кажутся удовлетворенными, когда сидят и говорят, следует позволить им это. Если у них прогрессирует тревожное состояние в процессе обследования, их следует вывести погулять или предложить поиграть.

Необходимо иметь достаточно времени для диагностической беседы. Соотношение между продолжительностью беседы с ребенком и наблюдением за ним должно находиться в зависимости от степени активности ребенка. Этот подход должен меняться от ребенка к ребенку. Пациенту следует дать достаточно возможности оставаться спонтанным, при этом имея в виду, что продолжительное молчание провоцирует тревогу у многих детей.

Слова «почему» следует избегать насколько это возможно. «Почему?» часто звучит как обвинение или подразумевает, что ситуация может кому-то повредить и требует извинений. Если бы ребенок знал ответ, он бы, вероятно, не нуждался в профессиональной помощи. Дети отрицательно настроены взрослыми к вопросу: «Почему?» Часто родитель спрашивает: «Почему ты делаешь это?» или «Почему ты не делаешь так и так?». В течение игровой ситуации вопрос «Почему кукла убежала из дома?» может разрушить игру. Задавая вопрос «Что кукла думала о том, когда она убежала из дома?», можно облегчить детские ассоциации. Спрашивая пациента, почему он/она хочет быть пожарным, или милиционером, или медицинской сестрой, когда вырастет, имеют в виду, что он/она должен объяснить свое решение. Лучше спросить, что милиционер или медсестра делают, что вызывает интерес или является забавным. Вместо вопроса, почему определенное событие случилось в жизни ребенка, лучше спросить: «Где ты был и что все делали до того, как это случилось?», «Как ты себя чувствовал?», «Как это событие подействовало на тебя?».

Существуют 10 широких общих тем, вокруг которых интервью может быть свободно структурировано:

1. Причины прихода или привода на обследование.
2. Развлечения и интересы.
3. Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть.
4. Отношения со сверстниками.
5. Планы на будущее.
6. Семейные отношения.
7. Обсуждение трудностей настоящего времени.
8. Общее здоровье (психофизиологический статус).

9. Фантазии и страхи.
10. Социальная приспособленность.

Ребенок часто сам начинает беседу, сообщая о своих трудностях или иллюстрируя некоторый важный аспект своих межличностных отношений. Он может говорить прямо об этих предметах или употреблять символы или игру. В течение нескольких интервью некоторые дети самостоятельно дают значительную информацию по каждой из предложенных тем. Другие спонтанно включают в свой разговор большинство из тем, и при относительно малом количестве вопросов можно получить информацию о предметах, которые ребенок не затронул сам. Все же имеются дети, требующие значительной настойчивости обследователя.

Тем опроса можно касаться в любом порядке. Часто это помогает задавать вопросы не прямо или смягчать их комментариями вроде: «Некоторые дети говорили мне, что они от посещения специалиста ожидали чего-то другого», «Маленькая девочка/мальчик сказала/сказал мне однажды, что у нее/него было много беспокойств с ее/его братьями и сестрами. Знаешь ли ты кого-нибудь, кто переживал бы то же самое?». Учителя, сверстники или родители могут быть теми, о ком спрашивается вместо сиблингов (братья и сестры). Желательно употреблять вопросы открытого типа, когда это возможно. Если в ответ на вопросы ребенок молчит, то ему следует позволить продолжить молчание или перейти к другим занятиям. Можно предложить ребенку сказать: «Я не знаю», если он действительно не знает ответа на вопрос. Но если он знает ответ и не хочет отвечать, то ему можно посоветовать сказать: «Я не хочу говорить об этом». Некоторые дети не могут поверить, что им честно дают разрешение открыто отказываться говорить.

Причины прихода или привода на обследование

Следует спросить, что ребенок думает о цели посещения, узнать о его чувствах в связи с визитом. Если он ничего не говорил об этом или ничего не знает, необходимо побудить его к тому, чтобы он попытался догадаться и ответить, что он думает о том, почему другие приходят на обследование. Ребенка следует успокоить, если у него обнаруживается страх из-за посещения специалиста. Обследующий должен назвать себя и проявить заинтересованность во всем, что касается пациента. Если известно об особенно серьезных противоречиях между ребенком и родителями, то будет полезно показать свою осведомленность ребенку и побудить его высказать свое мнение об этом. Однако когда ребенок не желает обсуждать трудности, бесполезно пытаться глубоко зондировать тему до тех пор, пока не установится контакт. Возможно, это случится лишь во время второй или третьей встречи.

Развлечения и интересы

Когда ребенок проявляет некоторые специальные таланты или интересы, легко собрать значительную информацию деликатными вопросами о деталях. Если ребенок не дает сведений о себе, его можно прямо спросить о его увлечениях или о разного рода занятиях, которые он считает особенно интересными. Ведение беседы может быть облегчено разговором о нейтральных темах или об успехах ребенка. Информацию о способностях ребенка, его интересах или недостатках по сравнению со сверстниками можно получить во время беседы. Обсуждая эти темы, можно получить сведения о лучших качествах ребенка, отметить организацию мышления, поток мыслей, продолжительность внимания, и может быть, даже получить ключ к интеллектуальным способностям.

Социальная, культурная и этническая группа и ребенок как ее часть

Следует провести опрос ребенка о школе, церкви и окружающей среде: что ребенку больше всего нравится из этих мест и что меньше всего; каковы люди, с которыми он встречается здесь; что его родители говорят об этих местах. Следует также спросить, что больше всего его беспокоит в школе: учителя, учеба или другие дети; переходил ли он когда-либо из школы в школу или, может быть, хотел сделать это; что больше всего ему нравится или что он хотел бы изменить в другой школе.

Если национальность, культура, социальный статус или особенности языка специалиста отличаются от таковых же у ребенка или его семьи, обследующему придется обсуждать обычаи, традиции и способы воспитания в семье, если ребенок не сделал этого сам в течение первых бесед.

Мы легко осознаем имеющиеся у ребенка отличия от нас, склонны игнорировать наши отличия от него. Можно спросить ребенка: «Замечаешь ли ты, как мы иначе, чем ты, произносим (говорим) те же слова, что и ты, используем слова, которые ты ранее не слышал?» Осознает ли он отличия, имеющиеся у обследующего, в сравнении с ним. Желательно спросить ребенка: «Что тебя удивило, когда мы в первый раз встретились? Что ты подумал и почувствовал, когда ты первый раз заметил наши различия?» Подростку следует сказать определеннее: «Был ли ты на приеме у женщины-специалиста?», «Трудно ли меня понимать из-за моего акцента?», «Мое отличие от тебя смущает, волнует, оскорбляет или заставляет решиться не приходить сюда больше?». Обследующий может ненавязчиво исследовать реакции ребенка на других людей и необычные для него ситуации, постепенно возвращая дискуссию к настоящему времени и в то место, где он находится. Если ребенок может оценить свои негативные чувства, правильнее найти пути для того, чтобы обследование для него было менее трудным. Многие дети не хотят обсуждать возникающие у них чувства в связи с различиями между ними и обследующим персоналом. Однако иногда только выявление этих трудностей в общении способно привести к снятию напряжения и преодолению сопротивления.

Некоторые специалисты делают усилия для преодоления привычки использовать в речи научные термины, говорят простыми словами, краткими фразами или идут даже дальше, подражая языку, говору, жаргону или акценту ребенка. Мотивы, может быть, и благородные, однако невозможно сделать свою речь полностью соответствующей «уличным образцам». Вероятно, лучше сказать ребенку о существующих различиях, которые, возможно, будут мешать говорить и понимать друг друга. Если это случится, следует переспросить и получить разъяснения.

Отношения со сверстниками

Знания о взаимоотношениях со сверстниками, как их понимает ребенок, дают значительную информацию о способности создавать значимые взаимоотношения и идентификации, о степени социального осознавания и уровне независимости. Важно выяснить, имеет ли он одного друга или нескольких лучших друзей или говорит об общении со многими, почти с каждым; какова глубина и природа этих тесных отношений, если они существуют; рассказывают ли они друг другу секреты; как часто общаются; чем занимаются, когда оказываются вместе, и как разрешают несогласия; какие ребята ему не нравятся, и кому он не нравится, какие различия у него с ними. Следует спросить о принадлежности к той или иной спортивной команде или группе самодеятельности. Попросить ребенка сравнить себя с другими в этих группах по уму, лидерству, физическим данным и т. д.

Планы на будущее

Когда ребят спрашивают о том, что они собираются делать, когда вырастут, они оказываются смущенными и отвечают, что еще не знают. Их можно разуверить в том, что окончательное решение не может быть сделано в это время. И все же почти все время от времени думают о своем будущем, даже если позже меняют свои решения. Что обычно планируется? Что делать на каникулах? При выборе будущего нередко дети основывают свои суждения на внешних сторонах приглянувшихся профессий. Задаются вопросы о возможности вступления в брак: выбран ли уже сейчас предполагаемый партнер; что хорошего и что плохого ожидается от брака; хотят ли иметь своих детей; если да, то как много, мальчиков или девочек, каковы преимущества одних и каковы — других; что говорят о том, откуда берутся дети, как они туда попадают.

Семейные отношения

Следует попросить детей рассказать о приятности семейных отношений и радости, какую они доставляют друг другу как группа и отдельно с сиблингами (братьями и сестрами обследуемого) и родителями. Выяснить, что вызывает у них недовольство в семье, кто их раздражает, с кем чаще ссорятся; когда кто-то гневается, как реагируют пациент, родители; что знают о том, как проводят свободное время родители, что думают об их работе.

Маленьким детям рисуют фигуры матери и ребенка без явного обозначения пола. Затем просят рассказать все, что они видят на этом рисунке. Ребенок дает нарисованной фигурке тот же пол, к какому принадлежит сам. Специалисту следует спросить о возрасте нарисованного ребенка и отношениях с матерью; радует ли ребенок мать или раздражает; что делает мать, когда переживает эти чувства; Что делает ребенок, переживая то же. Этот же набросок можно использовать для вопросов об отце. Описывая ситуацию гнева, большинство детей говорят о некоторой форме отгороженности как об их обычной реакции. Что они чувствуют при этом? Пытаются атаковать или бежать? Делали они когда-либо так или нет? Были ли суицидальные или гомицидальные намерения?

Обсуждение трудностей настоящего времени

Даже если ребенок хотел бы обсудить имеющиеся у него симптомы в течение первой встречи, лучше это сделать во всех подробностях после того, как установятся доверительные отношения. Его можно спросить, становится ли ему хуже или лучше и насколько он обеспокоен трудностями, что он думает о возможной помощи. Следует спросить о прошлых обследованиях и видах лечения. Поинтересоваться, как ему и его семье могли бы помочь.

Общее здоровье (психофизиологический статус)

Специалисту необходимо собрать сведения о прошлых заболеваниях и повреждениях, а также о реакциях на них. Следует спросить о текущих соматических симптомах. При необходимости придется обсудить правильность протекания менструального цикла. Важно знать о пищевых привычках, протекании сна и общем физическом благополучии. При плохом контакте больного с реальностью задаются вопросы, выявляющие расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации).

Ребенка можно попросить нарисовать фигуру человека и затем фигуру человека противоположного пола и подписать ее имя. В процессе рассказа об этих фигурах выявится «Я-концепция» ребенка и межличностные взаимоотношения. И наконец, рисунки позволят оценить тонкую моторную координацию. Рисунки

позволяют также получить приблизительную оценку интеллекта (the Goodenough Draw-a-Person Test).

Фантазии и страхи

Многое в содержании беседы может оказаться фантазиями пациента. Они могут быть содержанием рассказов, игр, рисунков, живописи, лепки. Однако, несмотря на то что никакая фантазия не может дать исчерпывающую характеристику клиническому состоянию, все же можно получить впечатление о контакте ребенка с реальностью, о его интеллекте, преобладающих чувствах, «концепции Я», о степени торможения или о недостаточности торможения чувств. Если ребенку удается рассказать и выявить свои чувства по отношению к фантазиям, значение игры становится уникальным. Часто игры отражают семейные отношения или прошлые переживания. Иногда ребенок оказывается таким сдержанным и бессловесным, что приходится входить в общение с ним на основании одного анамнеза без достаточного знания его мыслей и чувств.

В дополнение к спонтанной детской продукции можно спросить о приятных и ужасных сновидениях, о любых повторяющихся сюжетах во сне. Интерес представляют также самые ранние воспоминания и три желания, которые нередко ассоциируются с пережитыми глубинными психологическими конфликтами. Можно предложить три мешочка с монетами, чтобы ребенок использовал деньги для реализации своих желаний.

Вопросы о страхах и беспокойствах могут быть заданы прямо, в зависимости от той информации, какую дает ребенок. Часто ребенок предполагает, что его страхи и беспокойства уникальны, а у других детей такого не бывает. В этом случае обязательно следует разуверить ребенка. Приходится спрашивать и о том, что случается с людьми, которые умирают, и о возможном появлении страхов в связи с умиранием.

Некоторые дополнительные штрихи об идентификации ребенка и его наиболее болезненных чувствах можно узнать, спрашивая о том, какое животное ребенку больше всего нравится и что особенного в этом животном.

Социальная приспособленность

Часто, прямо или косвенно спрашивая о границах ситуации в игровой комнате, ребенок обнаруживает некоторые из своих представлений о том, что правильно, а что неправильно в жизни, или о том, с чем он не может справиться. Иногда ребенка прямо спрашивают: как он думает, правильно или неправильно он действует, и почему он так считает. Вопросы о социальной активности и интересах ребенка уже получили разрешение при рассмотрении его социокультурного окружения. Управление ребенком и применяемые в семье ограничения, так же как и понимание ребенком правильного и неправильного поведения, может быть эмоционально напряженной темой. У ребенка могут быть значительные различия во взглядах с родителями на поведение взрослых и детей. Любые вопросы следует задавать без осуждения, а так, как будто собираются только факты. Существенно прямо или косвенно узнать о взаимоотношениях семьи ребенка и местного населения, чтобы выявить степень гармоничности между ребенком и родителями и между семьей и ее окружением.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ДОШКОЛЬНИКОВ

Как правило, первым после акушера, с кем обсуждают развитие ребенка, оказывается педиатр. Очень рано родителей начинает волновать, насколько младенец соответствует всем представлениям о здоровом ребенке. Однако в первую очередь

это касается его физического, а не психического состояния. Несмотря на то что все мечтают о психически благополучном и даже талантливом продолжателе рода, этот вопрос не является первостепенным для родителей отчасти потому, что они сомневаются в возможности судить о психических способностях младенца.

Врач начинает наблюдать ребенка сразу после выписки из родильного дома. Цель, стоящая перед ним, — оценивать психомоторное развитие малыша и следить за его изменениями. Именно он измеряет рост, массу тела, оценивает размеры головки, а также состояние питания, число зубов и размеры родничков. Кроме того, медики стремятся научить родителей делать это самостоятельно. При этом постоянно подчеркивается неразрывность психического и моторного развития. Для оценки возможностей ребенка и перспектив его развития учитывается, когда он начал сидеть, стоять и ходить. Если эти важные события в жизни малыша соответствуют норме (сидит с поддержкой в шестнадцать недель, пытается стоять в сорок недель; ходит, держась за руку, в пятьдесят две недели), то многие родители радуются, делая вывод о его благополучном общем развитии.

Однако приходится помнить и о том, что не существует точных возрастных дат, когда ребенку должно уже удаваться то или другое достижение в области моторики и развития прямостояния. В реальности даже у правильно развивающихся малышей появление нового двигательного навыка происходит в относительно большом диапазоне возможных отклонений от средних показателей. Судить о том, происходит ли в действительности отставание в развитии, и тем более о его причине, достаточно трудно, учитывая, что в одних возрастных периодах ребенок может отставать, а в других опережать своих сверстников. Оценка ребенка основывается не только на одних достижениях в двигательной сфере, но и на изучении развития в целом.

Появляющиеся новые более сложные моторные навыки — показатель также и благополучного формирования детской психики. Однако нормальные двигательные способности ребенка не всегда сочетаются с нормальным психическим развитием. Многие родители не знают об этом и потому довольствуются своей оценкой формирования детского моторного развития. В то же время, если они замечают отставание в моторном развитии, то им кажется крайне важным понять, насколько оно значительно. Существуют и нормативы моторного развития детей, и специальные методики, которые позволяют уточнить и степень отставания, и его качественные особенности. Поэтому обращение к специалисту за разрешением родительских сомнений об отставании — прямой путь к исправлению возможных недостатков, а иногда и к нормализации развития. Внимание родителей к развитию моторики ребенка важно еще и потому, что в случае обнаружения трудностей в этой сфере должны возникнуть предположения об их сочетании с задержкой и в психическом развитии. Регулярные медицинские консультации семей, имеющих детей младшего дошкольного возраста, должны быть нацелены не только на выявление отклонений в психомоторном развитии, но и на создание и поддержку такого психологического климата, который максимально благоприятствует формированию детской личности.

В старшем дошкольном и школьном возрасте уже можно производить оценку моторного развития и соматического состояния отдельно от психических показателей. И в этом возрасте, прослеживая формирование моторных навыков ребенка, родитель может лучше понять, как происходит его психическое развитие. Затруднения, возникающие у ребенка во время подвижных детских игр, совсем не обязательно связаны только с плохой координацией, медлительностью или отсутствием чувства ритма. В некоторых случаях основной помехой в детских занятиях могут оказаться недостаточное понимание правил игры и неумение учиты-

вать поведение своих партнеров. Наблюдательные родители, проводящие много времени с детьми, скорее заметят эти трудности. Однако далеко не все сделают единственно правильный вывод — обратиться к тому специалисту, который не только сможет проверить пессимистические догадки родителей, но и дать совет, что же следует предпринять.

Очень может быть, что родители из-за своей излишней требовательности к ребенку примут моторную неумелость и неловкость за стеснительность, необщительность и даже за недоразвитие. В этом случае консультации педиатра, педагога или психолога помогут уточнить оценку развития ребенка и выбрать правильное направление в его воспитании. Не менее важно при этом и то, что родители, воспрянув духом, окажут ребенку так необходимую ему поддержку, которую он до этого не получал.

Следует еще раз подчеркнуть, что существует многосторонняя связь между моторным и психическим развитием:

– во-первых, успешное формирование моторных функций в значительной степени является залогом нормального психического созревания; активный, подвижный ребенок не только расширяет пространство, в котором он находится, но и стимулирует психические процессы познавания этого пространства;

– во-вторых, с моторным развитием тесно связано формирование двигательного аппарата, участвующего в создании речи, а следовательно, и психики;

– в-третьих, любые, даже незначительные трудности в двигательной активности ребенка могут стимулировать развитие познавательной сферы; так, например, препятствия, возникающие у ребенка в связи с его моторным недоразвитием, часто преодолеваются за счет его сообразительности;

– в-четвертых, процессы, происходящие в областях мозга, отвечающих за моторику, активизируют деятельность тех его структур, в которых осуществляется познавательный процесс.

Родители в суждениях о собственном малыше бросаются из одной крайности в другую. То он им кажется крайне смышленым, то недостаточно отзывчивым и понятливым. Такая неуверенность естественна, однако плохо то, что, даже заподозрив те или иные отклонения, родители боятся обратиться к специалисту. Им страшно, что их опасения могут оправдаться. Они всячески отдаляют момент признания ребенка отстающим в развитии. В то же время следует отметить, что для ребенка консультация специалиста по этому вопросу всегда полезна. Если подозрения безосновательны, то родителям будет дан совет, как вести себя с малышом в соответствии с этапом его развития. Если худшие предположения оправдываются, то чем раньше удастся организовать вмешательство в развитие, тем больше шансов на наилучший результат.

Совершенно недостаточно оценивать только то, как ребенок питается, спит и спокоен ли во время бодрствования. Его следует поместить в манеж или дать ему другую возможность для свободного передвижения по комнате и понаблюдать за ним. Нормально развивающийся ребенок к девяти месяцам обычно может стоять, карабкаться на невысокий диван или стул. При этом он активно обследует все, что его окружает. К десяти месяцам он может найти предмет, который спрятали у него на глазах. К семи—восьми месяцам начинает произносить серии повторяющихся слогов: «ма-ма-ма», «дай-дай-дай». К году появляются первые слова. Это могут быть своеобразные звуковые комплексы: «бах» — падение, «фа» — шапочка.

Показателями нормального развития ребенка раннего возраста (от одного года до трех лет) также выступают появляющийся интерес к детям, элементы продуктивной (творческой) активности (попытки рисования, конструирование

из кубиков, фантазирование). Возникает символическая игра, т. е. игровое замещение, когда ребенок использует спичечный коробок в качестве автомобиля. Формируется сюжетно-ролевая игра, во время которой ребенок наделяет куклу качествами или чертами поведения, подмеченными у взрослых или детей. Наибольшим достижением этого возраста является речь. За два года жизни у ребенка формируется развернутая речь. Количество понимаемых слов в течение этого времени возрастает от одного десятка до нескольких сотен. Способствуют наилучшему развитию речи глубокие и продолжительные эмоциональные контакты со взрослыми. Число произносимых слов растет. В полтора—два года ребенок начинает складывать двусложные предложения. Однако на втором году он произносит лишь контуры слов. До конца четвертого года осваивает произношение наиболее трудных звуков. К трем—четырем годам ребенок способен строить фразы, используя грамматические правила родного языка. С этого времени начинается период вопросов. Ребенок постоянно обращается к взрослым с вопросом: «Это что?» К концу второго года детский лексикон составляет до трехсот слов, а к концу третьего — до тысячи пятисот слов.

После трех лет ребенок начинает проявлять самостоятельность, хотя сам он еще не готов к этому. Он знакомится с общественными и трудовыми функциями взрослых. У него появляется способность следовать правилам, существующим в семье, в детском учреждении. Формируются взаимоотношения со сверстниками. Успех развития самосознания зависит от разнообразия игровой деятельности.

В заключение этого раздела хочется посоветовать родителям как отстающих в развитии малышей, так и успешно развивающихся неоднократно в течение первых двух—трех лет их жизни обращаться за консультацией к детским психологам.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Цель диагностики — не только оценка психического развития ребенка, но и формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего:

а) оценку выраженности интеллектуального развития или недоразвития, если оно существует, и его особенностей;

б) клиническую и психологическую характеристику структуры психики, т. е. степень сохранности отдельных когнитивных функций: восприятия, памяти, внимания, мышления, а также эмоционально-волевых проявлений;

в) наличие или отсутствие коморбидных (сопутствующих) расстройств;

г) этиологические факторы;

д) степень адаптации к среде;

е) социально-психологические факторы, участвующие в формировании клинической картины и абилитации ребенка или подростка.

Без такого диагноза при наличии отставания в развитии невозможно построить эффективный план лечебно-педагогического вмешательства, направленного на создание оптимальных условий для абилитации, т. е. мобилизации имеющихся способностей с целью наилучшей адаптации ребенка в обществе, оценить успешность педагогической коррекции, абилитации, дать прогноз.

Диагностика развития ребенка должна быть многосторонней, т. е. мультидисциплинарной. Во избежание ошибок и злоупотреблений в ее осуществлении участвуют разные специалисты. Клинические методы используют врачи. Психологические шкалы и методики применяют психологи. Педагогические средства находятся в руках воспитателей и учителей. Оценкой социальной компетентности помимо социальных работников фактически занимаются все, кто общается с ребенком или воспитывает его.

Основой правильного диагноза психического развития является анамнез. Для того чтобы не пропустить важных обстоятельств в истории развития ребенка, можно использовать специальные анкеты или опросники. Крайне полезно помимо родителей расспросить о развитии ребенка близких родственников, воспитателей и педагогов. Члены семьи, будучи более объективными и не боящимися осуждения за свои якобы неправильные действия в отношении ребенка, могут вспомнить о существовании того, что родители боятся, стесняются рассказать или намеренно скрывают.

Чтобы получить из анамнеза наиболее существенные для диагностики развития сведения, с родными ребенка обсуждают следующие основные темы:

1. *Семейная генеалогия (наследственность)*, охватывающая не менее трех поколений родственников. Следует попытаться выявить родственников с трудностями в обучении, нервно-психическими расстройствами, психическим недоразвитием, наследственными болезнями, алкоголизмом и наркоманией.

2. *Особенности протекания беременности у матери ребенка (пренатальные факторы)* с целью выявления возможного действия физических (радиация, чрезмерная инсоляция и др.), химических (злоупотребление алкоголем, прием лекарств и др.), биологических вредностей (инфекционные, соматические болезни), психогенных стрессов (переживания потери, разочарования и т. д.).

3. *Роды (перинатальные факторы)*. Необходимо выявить факторы, способные осложнить течение родов: характер предлежания плода, длительность родов, гипоксию и т. д.

4. *Постнатальное* (особенно до трех лет) *развитие* ребенка. Необходимо выяснить, как ребенок развивался психически и соматически, какие перенес заболевания, черепно-мозговые травмы, какие были у него потрясения. При обнаружении тех или иных факторов необходимо оценить степень их тяжести и значение для последующего развития обследуемого ребенка.

Диагностический опрос должен состоять из сочетания игры и беседы. Директивное управление игрой с целью получения нужных для диагностики сведений, вероятно, подавит спонтанность ребенка и затруднит общение. Однако только пассивное наблюдение за игрой ребенка, без оценки словесных ассоциаций не позволит психологу понять значение детской активности в конкретной игровой ситуации.

Существует большая опасность получения необъективной информации, если кто-либо слишком рано проявил озабоченность с целью определения нормального или отклоняющегося развития. В процессе самого осмотра следует сделать акцент на изучении ребенка настолько глубоко, насколько это возможно, вместо того чтобы высказывать преждевременные заключения или ценные суждения.

Оценка развития ребенка

Чтобы при оценке развития не сделать ошибки, всегда учитывают индивидуальные различия детей. Известны нормальные дети, которые не способны ходить до 2—4 лет. Из факторов, влияющих на созревание моторных функций, следует отметить воспитание в семье, эмоциональную депривацию, недостаточные возможности для практики, чрезмерную боязливость, мышечную гипотонию или гипертонию, нервно-мышечные расстройства. Лишь после исключения этих причин можно заподозрить умственную отсталость. Большинство из умственно отсталых, хотя и не все, поздно начинают сидеть. В то же время развитие тонких движений реже замедляется при отсутствии умственной отсталости и церебрального паралича. Это же относится и к жеванию.

Психическое недоразвитие стоит также на первом месте и среди причин, задерживающих созревание механизмов, лежащих в основе контроля сфинктеров, формирования речи, а в дальнейшем — чтения. Перед отсталым ребенком из-за недостаточной концентрации внимания, неумелого подражания и затрудненного понимания слов возникает особенно много препятствий в овладении экспрессивной речью.

Темпы развития детей весьма различны. Даже средний и реже высокий начальный темпы развития могут смениться замедлением или распадом уже приобретенных навыков. Иногда наблюдается и обратная картина. Ребенок, по своему развитию вначале напоминающий отсталого, постепенно выравнивается и догоняет сверстников. Меньше трудностей вызывают такие случаи, когда отставание наблюдается во всех областях. Если же ретардация замечена только в отдельных сферах развития, то для окончательного диагноза всегда требуется внимательное и многостороннее изучение ребенка. Отставание во всех областях обычно предвещает умственную отсталость, но в редких случаях может быть только признаком замедленного созревания.

Критерием развития может быть также изучение ориентировки в пространстве и форме, формирования образа тела, оценки размеров, глубины, расстояния, времени. Признаки нарушения правильного развития — отдельные симптомы поражения ЦНС: нарушение внимания, персеверации (застревание на каком-то одном и том же действии), гиперкинезы, расторможенное поведение. Однако одни эти симптомы не обязательно свидетельствуют об умственной отсталости, они могут быть при различных нервно-психических расстройствах.

Оценка развития детей требует некоторого подсобного материала, который значительно облегчает эту задачу. При исследовании, например, детей до пяти лет можно использовать кубики, колокольчик, геометрические фигуры, картинки, карточки с нарисованными кругом, крестом, треугольником, ромбом, бумагу, шарики, а также доску Годдарда с отверстиями для вставления различных 10 фигур (круга, треугольника, ромба, звезды, квадрата и т. д.). Методики использования этих и других предметов для оценки развития детей разного возраста могут быть найдены в работах А. Гезелла, Ш. Бюлер, Р. Кеттелла, Э. Хейссерман и др.

Оценку развития старшего ребенка можно производить на основании того, как произошли его психологическая перестройка и адаптация к обучению при поступлении в детский сад, а затем в школу: сумел ли ребенок установить доверительные деловые отношения с учителем или дружеские — с детьми; появилось ли положительное отношение к процессу обучения, сохраняется ли оно; в какой мере он выполняет учебные требования, проявляет ли самостоятельность, справляется с чьей-либо помощью или не способен следовать школьной программе; какова зона его ближайшего развития, помогает ли ему пример других в расширении своих умственных способностей.

Общий осмотр и неврологическое обследование

Тщательное соматическое изучение ребенка необходимо как для выявления симптомов (эмбриопатических стигм), позволяющих заподозрить психическую патологию (маленькая голова), так и для того, чтобы уточнить клинический диагноз (увеличение щитовидной железы при кретинизме). Во многих случаях имеющаяся соматическая симптоматика не только сигнализирует о поражении ЦНС, но и нередко помогает уточнить время действия вредности. Значительное укорочение тела и конечностей может быть при некоторых формах карликовости, связанной с умственной отсталостью.

Искаженные черты лица: выступающие лобные бугры, надбровные дуги, скулы и т. д. — основание для диагноза гаргоилизма. Чрезмерная сухость и толщина кожи помогают поставить диагноз гипотиреоза. Измерение окружности головы является обязательным, так как оно может оказаться первым из обнаруженных признаков, позволяющим предположить поражение мозга. Одним из полезных критериев может быть сравнительное измерение окружностей головы и грудной клетки. При рождении окружность головы несколько больше окружности груди, через 6 мес. они почти равны, а к пяти годам окружность груди на 5 см больше, чем окружность головы. Аномалии глаз нередко сопутствуют психическому недоразвитию, поэтому обнаружение катаракт, изменений глазного дна — хорошее подспорье для диагноза. Число завитков кожного узора на пальцах меньше у отсталых субъектов. У больных с синдромом Дауна имеется еще и поперечная складка на ладони, редко обнаруживающаяся у недоношенных детей.

Нарушение иннервации черепных нервов может быть одним из симптомов последствия органического поражения ЦНС: при последствиях родовой травмы, увеличении внутричерепного давления, пренатальных инфекциях.

Потеря слуха может быть следствием пренатальной краснухи, энцефалита, врожденного сифилиса, черепно-мозговой травмы.

Изучение соответствующих рефлексов верхних и нижних конечностей, наблюдение за положением конечностей, произвольными и непроизвольными движениями и мышечным тонусом могут выявить симптомы поражения головного мозга, нередко сочетающиеся с психопатологическими синдромами.

Общая патопсихологическая диагностика

Современная патопсихологическая и клиническая диагностика психического развития основана в значительной степени на определении интеллектуального коэффициента (IQ). Понятие интеллектуального коэффициента отражает отношение числа (умноженного на 100) успешно выполненных заданий ко всем предъявленным заданиям из психологической методики. В частности, МКБ-10 в качестве диагностических критериев умственной отсталости определяют IQ равный 70 и ниже. IQ рассчитывают, оценивая успешность выполнения заданий, имеющихся в стандартизированных, надежных и валидных психометрических тестах.

Диагностика не может быть основана только на результатах одного психологического инструмента. Данные, полученные в течение нескольких исследований в разное время и с помощью различных методик, могут иметь существенное значение для окончательного диагноза. При выборе методики следует руководствоваться тем, насколько широко охватываются при исследовании ребенка различные сферы познания и деятельности. В табл. 1 приводится список методик, наиболее часто используемых в зарубежных странах для диагностики умственной отсталости.

Таблица 1

Методики для оценки интеллектуального коэффициента детей и подростков

Название теста	Возраст
Wechsler Preschool & Primary Scale (1989)	До 7 лет 3 мес.
Wechsler Intelligence Test for Children III (1991)	От 6 до 17 лет 11 мес.
Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (1981)	От 16 до 74 лет
Stanford-Binet Intelligence Scale IV (1986)	От 2 лет до взрослого состояния

Продолжение

Название теста	Возраст
Kaufman Assessment Battery for Children (1984)	От 2 лет 6 мес. до 12 лет 6 мес.
Kaufman Adolescent and Adult Intelligence (1993)	От 11 до 85 лет
Differential Ability Scale (1990)	От 2 лет 6 мес. до 17 лет 11 мес.
Das-Naglieri Cognitiv System (1997)	От 5 до 17 лет 11 мес.
Colored Progressive Matrices-1 (1986)	От 5 лет 11 мес.
Columbia Mental Maturity Scale (1972)	От 3 лет 6 мес. до 9 лет 11 мес.
Test of Nonverbal Intelligence-2 (1990)	От 5 до 85 лет
Peabody Picture Vocabulary Test III (1997)	От 2 лет 6 мес. до 90 лет
Draw-a-Person Task (1988)	От 2 лет 6 мес. до взр.
Kaufman Brief Intelligence Test (1990)	От 4 до 90 лет
Slosson Intelligence Test-Revised (1990)	От 4 до взр.

Использование вышеуказанных методик для диагностики психического развития требует подходящей обстановки и выбора наиболее эффективного теста в связи с тем, что у многих детей возможно сочетание заболеваний или поведенческих нарушений и необходимо исключить их влияние на результат. Даже у лиц без поведенческих нарушений некоторые личностные особенности, преобладающее настроение или эмоциональные реакции могут оказаться помехой тестированию. Возникают также трудности у тех, кто не пользуется речью. Субъекты с сенсорными или моторными нарушениями требуют специальной адаптации к тестовым заданиям. Могут также возникнуть трудности при исследовании этнических меньшинств, проживающих вне своей среды.

Адаптивное поведение

Для выявления психических расстройств и нарушений развития необходимо также изучать адаптивное поведение обследуемого. Оно складывается из врожденных способностей и приобретаемых умений и навыков, необходимых для социальной и личной самодостаточности. Оно меняется по мере взросления индивида, зависит от его приспособления в обществе и определяется ожиданиями других в семье и социуме. Измерение адаптивного поведения основывается на уровне развития, оно оценивает приспособление к обществу и культуре и учитывает поведение дома, при обучении, игре и на работе.

Адаптивные навыки

Адаптивные навыки включают учет как сильных, так и слабых сторон личности:

1. Коммуникация — понимание и выражение информации посредством символического поведения.
2. Самообслуживание — пользование туалетом, умение правильно есть, одеться, раздеться, опрятность.

3. Возможность жить в домашних условиях — вести хозяйство, бережно относиться к собственности, умение готовить, планировать и вести бюджет, соблюдать правила безопасности в доме.
4. Социальные навыки взаимодействия с окружающими, предполагающие умение вступать в беседу, адекватно реагировать на замечания, чувствовать настроение собеседника, регулировать свое поведение.
5. Умение жить в микросреде — передвигаться, делать покупки, пользоваться услугами различных служб (в том числе медицинской), общественным транспортом, посещать общественные места (школы, библиотеки, парки).
6. Самонаправленность личности — уметь делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану, инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, искать и находить в случае необходимости помощь.
7. Здоровье и безопасность включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно распознавать наступление болезни, грамотно принимать лекарство.
8. Функциональная успеваемость — интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, основные математические понятия, естествоведческие знания.
9. Проведение досуга — умение разнообразить досуг самостоятельно и совместно с другими детьми, отражающий личные предпочтения.
10. Работа — навыки, связанные с возможностью работать полный или неполный день.

На основании изучения адаптивных навыков ребенка, подростка или взрослого в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации умственной отсталости для диагностических целей определяется уровень адаптации социальной компетентности (Моргачева Е. Н., 1999) (табл. 2).

Таблица 2

Уровни социальной компетентности

Уровень	Дошкольный возраст (0—5)	Школьный возраст (6—21)	Взрослое состояние (21 и старше)
Первый	Грубое отставание; минимальная способность функционирования сенсомоторной сферы. Нуждается в уходе	Имеется определенное моторное развитие; невозможность овладения навыками самообслуживания. Полностью нуждается в уходе	Определенное моторное и речевое развитие; полная невозможность самостоятельного функционирования. Требуются полная опека и наблюдение
Второй	Слабое моторное развитие; минимальное развитие речи; неспособность овладения навыками самообслуживания; навыки коммуникации незначительны или отсутствуют	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Способность к овладению элементарными навыками самообслуживания. Неспособность к овладению учебными навыками. Способность к овладению навыками самообслуживания	Частичная возможность самообслуживания при полном наблюдении. Возможность формирования навыка самозащиты в полностью контролируемом окружении

Окончание табл. 2

Уровень	Дошкольный возраст (0—5)	Школьный возраст (6—21)	Взрослое состояние (21 и старше)
Третий	Способность к овладению речью/навыками коммуникации. Слабая социальная осведомленность. Способность к овладению навыками самообслуживания. Достаточное моторное развитие. Значительно нуждается в помощи	Способность к овладению школьными навыками в объеме четырех классов в позднем отрочестве при условии предоставления специального обучения	Способность к овладению специальностью, не требующей высокой квалификации. Требуется наблюдение и руководство в условиях незначительных стрессовых ситуаций социально-экономического плана
Четвертый	Возможность развития социальных, коммуникативных навыков. Минимальные отклонения в сенсомоторной сфере. Невозможность отграничения от нормы на ранних этапах развития	Способность к овладению учебными навыками в объеме начальной школы. Невозможность овладения учебными предметами старших классов. Требуется специальное обучение, особенно в средней школе (обучаемый)	Способность социально-профессиональной адаптации при соответствующем обучении. Время от времени нуждается в руководстве и наблюдении в условиях серьезных стрессовых ситуаций

В табл. 3 приведены методики, оценивающие навыки адаптации, используемые при разных обстоятельствах (навыки самообслуживания, общения). Большая часть методик, оценивающих навыки, — беседы с родителями и воспитателями, меньшая — утверждения даются прямо тем, кого оценивают. Основной для всех методик является идея, что адаптивное поведение — типичная, повседневная деятельность, а не способность.

Таблица 3

Методики измерения адаптивного поведения

Название методики	Возраст	Оцениваемое адаптивное поведение
Шкалы адаптивного поведения Vineland (1984)	От рождения до 18 лет	Коммуникация, письмо, повседневные навыки, социализация, навыки преодоления, моторика
Шкалы независимого поведения (1996)	От рождения до 80 лет	Моторика, социальное взаимодействие и коммуникация, навыки самообслуживания, социализация
Адаптивные поведенческие шкалы Американской ассоциации умственной отсталости (1993)	От 3 до 18 лет 11 мес.	Независимое функционирование, физическое развитие, экономическое развитие, школьная успеваемость
Функциональные академические навыки Kaufman (1994)	От 15 до 58 лет	Практическая математика, навыки чтения, управление своим поведением
Опросник навыков выживания (1993)	От 9 до 40 лет	Управление своим поведением, основные понятия, функциональные признаки, инструменты, здоровье

После получения общей или итоговой оценки IQ в цифрах при необходимости для уточнения структуры нарушения познавательных функций и особенностей других сфер психики пользуются качественными методиками. Для исследования сенсомоторной сферы и внимания применяют методики: зрительно-моторной координации, слуховых восприятий, корректурной пробы, отыскивания чисел и др. Исследование мышления производят с помощью методик: классификации предметов, исключение предметов, простые аналогии, сложные аналогии, сравнение понятий, соотношение пословиц, метафоры и фразы, объяснение сюжетных картин и др. Изучение памяти можно осуществлять с помощью методик: заучивание 10 слов, опосредованное запоминание, пиктограммы, воспроизведение рассказов. Характеристику эмоционально-волевой сферы получают, используя следующие методики: тематический апперципционный тест (ТАТ), выбор ценностей, уровень притязаний, исследование самооценки и др.

Нейропсихологические методы исследования

Нейропсихологические методы используются с целью школьной экспертизы, оценки специальных способностей, выработки дифференцированных рекомендаций при подготовке детей к школе, характеристики обучаемости и так называемой школьной зрелости. Кроме того, эти методы применяются для определения у детей характера предполагаемого дизонтогенеза высших психических функций, нередко лежащих в основе психического недоразвития (Корнев А. Н., 1997). К числу нейропсихологических относятся графомоторные методики: «дом — дерево — человек», срисовывание фигур; конструктивные методики: палочковый тест Гольдштейн — Ширера, кубики Коса, доски Сегена и Пинтера — Патерсона. Методики, применяемые для изучения моторики: шкала Н. И. Озерецкого, проба на реципрокную координацию рук, проба на динамический праксис «кулак — ладонь — ребро», пересчет пальцев, проба на пальцевой гнозис, проба на исследование орального праксиса, пробы Хеда на пространственную организацию движений. Методики, исследующие сукцессивные функции: повторение цифровых рядов, воспроизведение звуковых ритмов, копирование последовательности 8 цветных квадратиков. Для исследования речевых функций производится оценка звукопроизношения, фонематического восприятия, повторение фраз, исследование грамматической стороны речи, навыков чтения (Вассерман Л. И. [и др.], 1997).

Тест

1. Цель диагностики:
а) оценка интеллектуального дефекта;
б) оценка степени психического развития;
в) выявление этиологии.

2. Для диагностики недоразвития детей используется:
а) международная многоосевая классификация детских психических расстройств;
б) классификация адаптивных навыков;
в) классификация степеней психического недоразвития.

3. Основные темы анамнеза:
а) генеалогия семьи, беременность матери ребенка, роды, постнатальное развитие (развитие после родов);
б) постнатальное развитие;
в) изучение наследственности.

4. Оборудование для диагностической беседы психолога с ребенком:
а) в специальном оборудовании нет необходимости;
б) игрушки для детей, книжки для подростков;
в) игрушечная кухня, раковины для игр с водой, песок, пластилин, краски и карандаши, кубики, марионетки, солдатики, игрушечный дом, грузовики и настольные игры.

5. Темы беседы психолога с ребенком:
а) причины консультации, развлечения, социальная группа, сверстники, планы на будущее, семейные отношения, трудности, здоровье, фантазии и страхи, адаптированность;
б) жалобы родителей;
в) неуспеваемость ребенка.

6. Факторы, учитываемые во время беседы с ребенком:
а) состояние ребенка, его возраст, продолжительность знакомства, оборудованное помещение;
б) степень психического недоразвития ребенка;
в) причины прихода на консультацию к психологу.

7. Условие успешности беседы психолога с ребенком:
а) откровенное, не осуждающее обсуждение особенностей поведения ребенка;
б) квалификация психолога;
в) соматическое здоровье ребенка.

8. Измерение адаптивного поведения осуществляется:
а) посредством опроса;
б) с помощью шкалы адаптивного поведения, независимого поведения, адаптивные поведенческие, функциональные академические навыки, опросник навыков выживания;
в) с помощью шкалы адаптивного поведения.

9. Адаптивные навыки — это:
а) навыки самообслуживания;
б) врожденные способности и приобретаемые умения, необходимые для социальной и личной достаточности;
в) умения общаться с другими.

10. Нейропсихологические методы у детей используются:
а) для оценки обучаемости;
б) для изучения структуры дефекта;
в) с целью экспертизы школьной зрелости, оценки специальных способностей, при подготовке детей к школе.

Методики для исследования младенцев

Панасюк А. Ю., Бударева Л. А. Определение уровня психического развития детей раннего возраста. — М., 1984.
Козловская Г. В. [и др.] Клинико-психологические методы обследования нервно-психических состояний детей раннего возраста. — М., 1984.
Диагностика и лечение перинатальных повреждений головного мозга у недоношенных детей в первые недели и месяцы жизни / сост. Е. С. Бондаренко [и др.]. — М., 1986.
Пукшанская С. М. Денверская оценочная методика: проблемы общего психического недоразвития / под ред. Д. Н. Исаева. — Л., 1976. — С. 170.

Литература

Блейхер В. М., Крук И. В. Практическая патопсихология. — Ростов н/Д : Феникс, 1996.

Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб. : Питер, 1999.

Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. — М. : Академия, 2003.

Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е. Родители глазами подростка. — СПб. : Речь, 2004.

Гордеев В. И., Александрович Ю. А. Качество жизни (QOL). — СПб. : Речь, 2001.

Демьянов Ю. Г. Диагностика психических нарушений : практикум. — СПб. : МиМ, 1999.

Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. — СПб. : Речь, 2007.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М. : Медицина, 1985.

Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М. : Педагогика, 1989.

Мамайчук И. И. Развитие ребенка от рождения до семи лет. — СПб., 1998.

Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец. Психологическое взаимодействие. — СПб. : СПбГУ, 1999.

Озерецкий Н. И. Метод массовой оценки моторики у детей и подростков. — М. : Медгиз, 1930.

Патохарактерологический диагностический опросник для подростков / под ред. А. Е. Личко. — Л. : Изд. инст. им. Бехтерева, 1976.

Практикум по возрастной психологии / под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. — СПб. : Речь, 2002.

Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии / под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. — СПб., 1991.

Ромицына Е. Е. Методика «Многомерная оценка детской тревожности». — СПб. : Речь, 2006.

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М. : Медицина, 1970.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.

Яссман Л. В., Данюков В. Н. Основы детской психопатологии. — М. : Олимп, 1999.

Глава 6. РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

ОЩУЩЕНИЯ В НОРМЕ

Ощущение — это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений объективного мира, а также внутренних состояний организма, возникающий в результате непосредственного их воздействия на рецепторы и нервные центры коры головного мозга. Например, восприятие цвета предмета или звука какого-либо явления. Ощущения входят в качестве элемента в целостный процесс познания, включающий восприятия, представления, понятия.

Физиологический механизм ощущения — целостный рефлекторный акт, объединяющий прямые и обратные связи в работе периферических и центральных отделов анализаторов. По характеру отражения и месту расположения рецепторов различают следующие ощущения:

1) *экстероцептивные* — отражающие свойства предметов и явлений внешней среды и имеющие рецепторы на поверхности тела;

2) *интероцептивные,* имеющие рецепторы, расположенные во внутренних органах и тканях тела, и отражающие состояние внутренних органов;

3) *проприоцептивные,* имеющие рецепторы, расположенные в мышцах и связках, дающие информацию о движении и положении нашего тела.

Экстероцепторы подразделяют на *контактные*, передающие раздражение при непосредственном соприкосновении с воздействующими на них объектами (осязательный и вкусовой рецепторы), и *дистантные* рецепторы, реагирующие на раздражители, находящиеся на удалении (зрение, слух, обоняние).

Виды ощущений: зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, температурные, вибрационные, болевые, а также ощущения равновесия и ускорения.

Возрастные особенности. Осязательная, проприоцептивная и вкусовая чувствительность развиты к моменту рождения. На звук ребенок начинает реагировать в первые недели после рождения. Направление звука определяет через 2—3 мес. после рождения. В 3—4 мес. реагирует на пение и музыку. Различает звуки речи в самом конце первого года жизни. Зрение развивается медленнее. В первые недели ощущает свет, но не может видеть предметы (не приспособлен мышечный аппарат глаза). Различение цветов появляется на пятом месяце.

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ

Сенестопатии — необычные, странные, неприятные, тягостные, нередко крайне мучительные, иногда трудно поддающиеся описанию ощущения, локализующиеся в коже, под кожей, во внутренних органах (гортань, сердце, желудок, половые органы и др.) и не имеющие для своего возникновения объективных причин. Это могут быть давление, журчание, лопание, жар, холод, жжение, пульсация, переливание, распирание, стягивание и т. п. Сенестопатии могут быть ограниченными или распространенными, находиться в одном месте или перемещаться (при шизофрении, органическом поражении мозга). Сенестопатии у детей обычно

проявляются кратковременными эпизодами, начиная с 5—7-летнего возраста, чаще проецируясь в брюшной полости.

Парестезии — неприятные субъективные ощущения, возникающие в теле и конечностях («бегание мурашек», онемение, покалывание) под влиянием интоксикаций, но могут быть и психогенного характера.

Анальгезии — отсутствие болевых ощущений (у больных с кататонией или при прогрессивном параличе).

Гипальгезии — уменьшение болевых ощущений (при возникновении бурного аффекта).

Гипералгезии — усиление болевых ощущений.

Анестезия — исчезновение ощущений, потеря чувствительности либо в отдельных экстерорецепторах (утрата тактильной чувствительности на некоторых участках тела, утрата слуха), либо в нескольких одновременно (утрата зрения и слуха). Наблюдается при истерических расстройствах.

Гипестезии — снижение силы ощущений, понижение чувствительности к внешним раздражителям (при депрессии, оглушении). Звуки становятся приглушенными, свет кажется тусклым, яркость красок блекнет.

Гиперестезии — обострение ощущений, повышенная чувствительность к обычным раздражителям (в состоянии крайнего истощения). Раздражающе острое восприятие обычных запахов — *гиперосмия,* кажущаяся чрезмерная громкость обычных звуков.

Синестезии — возникновение ощущений в органе чувств при раздражении другого анализатора. Качества ощущений одного вида переносятся на другой. Встречаются в норме («цветной слух», «цветное зрение») и в психопатологии («Когда колют живот иголкой, во рту появляется ощущение соленого»).

ВОСПРИЯТИЕ В НОРМЕ

Восприятие — отражение в сознании предметов или явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Нейрофизиология восприятия. Восприятие начинается с рецепторов и заканчивается в высших отделах ЦНС. Первичный корковый анализ сенсорной информации осуществляется в соответствующих проекционных зонах коры. Затем в ассоциативных зонах поступающая информация сопоставляется с хранящимися в памяти образами, происходит ее узнавание; она отражается в речи, т. е. осознается.

Виды восприятий. Восприятия классифицируются по анализаторам, участвующим в обработке информации. В связи с этим выделяют зрительные, слуховые, осязательные, обонятельные, кинестезические и вкусовые восприятия. Их также различают по формам существования материи: восприятия пространства, времени и движения.

Возрастные особенности. В первые дни и даже часы жизни ребенка обнаруживается его способность к сложным видам восприятия. На первой неделе младенцы различают доску из 25 квадратов и один квадрат. У четырехдневного ребенка выработаны условные рефлексы. После 3 мес. в действиях ребенка участвуют несколько анализаторов. Рассматривание предмета младенцем сменяется его узнаванием в конце первого полугодия жизни (возникновение восприятия). Ребенок выделяет объекты восприятия: мать, няню, игрушки. Восприятие еще ситуативно, слитно и глобально. Передвижения предмета, манипуляции с ним помогают образовать восприятие. До трех лет дети воспринимают контуры знакомых предметов. К 1 г. 2 мес. — 1 г. 8 мес. находят предмет по его названию. С конца второго года

называют воспринимаемый знакомый предмет. Выделяют по случайным признакам. Пространственная характеристика предмета слита с содержанием предмета. Так как формирование восприятия требует опыта, то овладение речью, первые обобщения, игра, рисование, лепка, передвижение в пространстве (прогулки), чтение и трудовые процессы способствуют усложнению перцептивного процесса. Восприятие требует умения вычленять части предмета и устанавливать связи между ними. Из-за отсутствия этих навыков детские восприятия отличаются малой детализированностью, неточностью ориентирования в пространстве, во времени, трудностью установления последовательности между ними. Неправильно воспринимаются изображения предметов, а также и перспектива, в которой они находятся. Нет умения выделить основное, подойти к предмету с разных сторон. Для правильного восприятия детям требуется больше времени, чем взрослым. Наблюдения (преднамеренные восприятия) не планомерны, не систематичны. Дети испытывают затруднения в освоении структуры восприятия и его целостности. Описания изображений предметов проходят 3 уровня: перечисления, описания и истолкования. Дошкольники с большим трудом осваивают временны́е представления, не видят логики временны́х отношений, последовательности событий. Развитие восприятия — это переход от слитного, синкретического, фрагментарного восприятия к расчлененному, осмысленному и категориальному отражению вещей, событий и явлений в их пространственных, временны́х и причинных связях. Все большую роль играет слово как средство анализа и обобщения воспринимаемого содержания.

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЙ

Нарушения отражения реального мира в норме и при психических расстройствах может происходить различным образом.

Отсутствие восприятий

Агнозия (неузнавание) — нарушение узнавания предметов и явлений в состоянии ясного сознания и при сохранности рецепторов и анализаторов. Обычно возникает при органических поражениях мозга (сосудистых, опухолевых), но может быть и симптомом истерии.

Агнозия акустическая (слуховая) — нарушение узнавания звуков, фонем и предметов по характерным для них звукам.

Агнозия оптическая (зрительная) — нарушение узнавания зрительных образов предметов и явлений.

Агнозия пространственная — нарушение способности ориентироваться в пространстве, в расположении предметов и определении расстояния между ними.

Агнозия тактильная — невозможность определить предметы на ощупь, при правильной квалификации отдельных их качеств (массы, температуры).

Нарушение интенсивности восприятий

Сенсорная гиперпатия — повышение интенсивности восприятия, при которой усиливающаяся яркость зрительных раздражителей достигает ослепительной силы, слуховые раздражители становятся настолько звучными, что как бы «врезаются» и оставляют глубокий след после себя, импульсы, идущие из органов и систем тела, создают напряжение, воспринимаются как болевые, неприятные или даже необычные. Сочетается со смятением, тревогой или экстазом, бегством беспорядочных мыслей, непоседливостью, суетливостью, потребностью куда-то бежать. Причиной гиперпатии может быть крайнее голодное истощение.

Сенсорная гипопатия — снижение интенсивности восприятия. При этом мир воспринимается призрачным, нереальным, блеклым, безжизненным; краски кажутся потускневшими, звуки удаленными, неясными, приглушенными; деревья и дома представляются декорациями, геометрическими фигурами, а люди — масками, марионетками. Видимое и слышимое не оставляет следа, все происходит замедленно, будто застыло, остановилось, как в стоп-кадре.

Дереализация — отчуждение мира восприятий окружающей действительности, при котором перцепция сопровождается чувством чуждости, измененности, неестественности. Многие больные, особенно дети и подростки, с трудом могут объяснить, каким образом все изменилось. Используются такие выражения, как «все какое-то не такое», «вижу все как через пелену», «как будто сижу в рыбьем пузыре».

Уже виденное (deja vu), *уже пережитое* (deja vecu) — состоят в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка на какое-то время становится знакомой, когда-то виденной, пережитой. *Никогда не виденное* (jamais vu) — хорошо знакомая ситуация воспринимается как чуждая, незнакомая, никогда не виденная.

Деперсонализация соматопсихическая — переживание кажущегося исчезновения чувства боли, ощущения дыхания, сердцебиения, массы тела и т. д. Собственное тело воспринимается вялым, дряблым, лишенным жизненного тонуса. «Тело будто не мое», «как будто я его не ощущаю», «ног не чувствую», «как будто я живой труп». Может возникнуть чувство неудовлетворенности актами мочеиспускания и дефекации, исчезновение чувства насыщения и удовлетворенности сном.

Деперсонализация аутопсихическая — переживание кажущейся измененности собственного психического «Я». У больных создается впечатление, что нет мыслей или что они не поддаются управлению. Кажется, что голова пустая, нет никаких чувств, «полное отупение», бездушие. Отсутствуют страх, гнев, переживание горя. Больные могут мучаться от неспособности отзываться на печаль близкого человека (болезненное бесчувствие), от невозможности запоминать и воспроизводить воспринятое, представлять родные лица и знакомые предметы.

Б-я С., 15 лет, после разлуки с близким человеком на фоне депрессии говорит, что «нет чувства голода, плохо различает вкусовые оттенки, нет чувства насыщения, нет чувства завершенности при уринации и дефекации, голова не работает, плохая память и сообразительность», «более всего мучительно отсутствие чувств, равнодушие, даже к близким».

Б-я О., 29 лет, через 3 мес. после родов на фоне слабости, постоянного недосыпания, безразличия жаловалась, что «нет чувств к сыну, перестала ощущать материнство, все делала как во сне».

Успешно участвуя в повседневных делах, больные укоряют себя за отсутствие активности, незнание как правильно поступить в том или ином случае. Переживая неясность восприятия, оценивают свое состояние так, как будто они находятся во сне. В то же время сновидения становятся настолько яркими и живыми, что требуют определенных усилий для отличения их от реальности. Дереализация и деперсонализация могут наблюдаться у здоровых лиц при психическом и физическом истощении, особенно у тех, кто имеет психастенические и тревожные черты. Эти состояния при неврозах чаще встречаются в пубертатном и юношеском возрасте, могут быть также и в клинической картине психозов.

Искажение восприятий

Психосенсорные расстройства.

Метаморфопсии проявляются в нарушении восприятия перспективы (предметы приближаются, удаляются, смещаются со своего места), в увеличении числа предметов, в искажении их формы (удлинении, укорочении, искривлении, пере-

кручивании, скашивании, расширении) и изменении размеров (неестественном увеличении, уменьшении).

Оптиковестибулярные расстройства — это такие нарушения, при которых кажется, что стены валятся, качаются, наклоняются; пол проваливается, поднимается, вибрирует; под больным двигается, приподнимается кровать.

Б-я Т., 16 лет, после 2-летней алкоголизации однажды ночью увидела, как «стены шатались, потолок падал».

Расстройства «схемы тела» — искаженное восприятие собственного тела: 1) расстройства восприятия формы, величины и положения частей тела в пространстве: увеличиваются или уменьшаются все тело, язык, уши, голова, руки, ноги; масса тела или отдельные его части воспринимаются необычно тяжелыми (голова тяжелая, как слиток свинца, проваливается сквозь тело) или крайне легкими (больной боится, что, будучи легким как лист, он может быть унесен сквозняком); 2) распад тела на части (восприятие своего тела и конечностей отдельно друг от друга); 3) ощущение ложных конечностей (третьей ноги), чувства двойника (восприятие рядом с собой в кровати своего другого «Я»); 4) невосприятие собственного дефекта, например при удаленной конечности.

Б-я, 10 лет, после гриппа при засыпании ощущает, что у нее укорачиваются сначала руки, затем ноги и вся она становится маленькой.

Расстройства схемы тела и метамофопсии у детей обычно наблюдаются после 6—7 лет при органических поражениях головного мозга.

Ошибки восприятия

Иллюзии — ошибочные восприятия реально существующих предметов или явлений. Их возникновению способствует все, что мешает точности восприятия. Они легко возникают у слабослышащих и слабовидящих, не способных получить полную информацию из-за дефекта зрения и слуха, при слабом освещении или множестве звуков, препятствующих работе анализаторов и т. д. Подразделение иллюзий основано на том, в каких органах чувств они происходят (зрительные, слуховые) или какой психологический механизм участвует в их происхождении (сильный аффект, недостаточное внимание и др.).

Возрастные особенности. У детей, обладающих яркостью, образностью восприятий и неразвитостью ассоциативных процессов, при их ограниченном жизненном опыте, иллюзии встречаются и в норме: нередко достоверное отражение реального смешивается с искаженным ее восприятием. Могут быть и патологические иллюзии, возникающие на фоне тревоги, страха, расстройства сознания при интоксикациях, инфекциях и других нарушениях психики.

Галлюцинации — ошибочные восприятия отсутствующих в реальности предметов и явлений, в существовании которых больной убежден (мнимовосприятие, восприятие без объекта). Галлюцинации систематизируются по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, общего чувства (висцеральные, мышечные). Вне зависимости от их отношения к тому или иному органу чувств их делят также на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации — проецируются вовне, обладают чувственной живостью, субъективно воспринимаются как нечто чуждое личности и не поддающееся контролю.

Псевдогаллюцинации — лишены конкретности, чаще проецируются во внутреннее пространство больного (в голову, в тело и т. д.), возникают помимо воли больного, не признаются им объективной реальностью, осознаются как нечто аномальное, отличное от образов воспоминаний и фантазий. Обычно

сопровождаются ощущением их сделанности с помощью воздействий извне: «голоса передают, заставляют вспоминать, вызывают образы, делают сновидения» и т. д.

Б-я И., 14 лет, на фоне переутомления экзаменами возникли тревога, бессонница, в голове появился мужской голос, который говорит на эротические темы, иногда ругает и угрожает, а однажды сказал: «Посмотри, нет ли под кроватью аппаратуры». В голове были также голоса «духов». Происхождение голоса объясняет тем, что знакомый инженер «посмотрел в глаза и телепатически передал в голову свой голос».

Галлюцинации не осознаются как принадлежащие личности и потому относятся к психотическим симптомам. У психически здоровых встречаются редко и при обстоятельствах, способствующих их появлению: просоночных состояниях, сильном аффекте, голодании, переутомлении и т. д.

Элементарные галлюцинации — в форме отдельных звуков или беспредметных образов: стуки, звон, искры, линии, круги.

Сложные галлюцинации — разговоры, образы людей, животных.

Сценические галлюцинации — тематические, сюжетно взаимосвязанные картины и эпизоды развивающихся событий.

Гипнагогические галлюцинации — возникают перед засыпанием при закрытых глазах.

Слуховые галлюцинации у взрослых встречаются чаще, а в детском возрасте — реже зрительных. Они имеют большое значение для содержания сознания, развития бреда, нарушения трудоспособности и поведения. *Галлюцинации императивные* могут быть опасными для окружающих и для больного, они приказывают совершить те или иные поступки: убить себя, напасть на другого, убежать, не разговаривать, не есть, не подчиняться врачу или родным, прекратить активность и т. д. *Галлюцинации комментирующие* обсуждают поступки и высказывания больного, оценивают то, что он говорит и делает. Голоса могут быть эпизодическими или постоянными, громкими или тихими, ласковыми или неприятными. Если с больным нет контакта, то слуховые галлюцинации обнаруживаются по тому, как он затыкает уши, прячет голову под подушку, прислушивается, т. е. по объективным признакам. Чаще всего слуховые галлюцинации наблюдаются на фоне непомраченного сознания при шизофрении, алкогольном галлюцинозе, последствиях органического (травматического, постэнцефалитического) поражения мозга.

Б-я Т., 15 лет, после черепно-мозговой травмы (в 10 лет) возникли судорожные припадки, а еще через 5 лет появились «голоса», которые зовут, предлагают любовь, нецензурно ругают, угрожают, смешат. Она пугается, прячется, смеется, жестикулирует. Тихо отвечает голосам. Считает, что с ней разговаривают голос Миши — одноклассника, голос телепата и другие мужские голоса. Одни требуют: «Брось Мишу, измени ему». Телепат предлагает: «Покатаю на коне». Слуховые галлюцинации возникают перед припадками.

Зрительные галлюцинации у взрослых бывают реже, чем слуховые, тогда как у детей встречаются чаще. Они могут быть однообразными в виде появляющейся фигуры, пятна, блика (например, при эпилепсии) или разнообразными, красочными и очень подвижными. Галлюцинации возможны и при слепоте, если поражены первичные поля зрительного восприятия, но функционируют вторичные. Зрительные галлюцинации обычно возникают в структуре расстроенного сознания при острых токсических (белая горячка), инфекционных (гриппозных, коревых), соматогенных (при почечной недостаточности) и психогенных (истерических) психозах.

Тактильные (осязательные) галлюцинации ощущаются как болезненное прохождение тока, неприятное ползание одушевленных существ (насекомых, червей, мелких животных, змей) или раздражающее прикосновение каких-то неживых объектов (стекло, металл, песок, жидкость) на поверхности кожи, под кожей. При этом не только взрослые, но и дети довольно точно описывают жучков, гусениц, указывая их размеры. Разновидность этих галлюцинаций — ощущение холода, тепла, жара, влажности на поверхности тела. Тактильные галлюцинации бывают при белой горячке, шизофрении и кокаинизме.

Обонятельные галлюцинации ощущаются в форме реально отсутствующих запахов: неприятных, резких (запах гнили, мочи, горелого), тяжело воспринимаемых больными, или реже приятных (запах цветов, духов). Эти галлюцинации встречаются как при острых, так и хронических психозах.

Вкусовые галлюцинации — ощущение во рту непривычного и иногда неприятного вкуса (горького, кислого, соленого) в отсутствии пищи или жидкости. Обычно наблюдается сочетание вкусовых и обонятельных галлюцинаций.

Возрастные особенности

При психических расстройствах у детей, особенно дошкольников и младших школьников, преобладают зрительные галлюцинации. Это хорошо видно на примере шизофрении, при которой у взрослых наиболее часто встречаются слуховые галлюцинации. Наряду со зрительными наблюдаются тактильные, слуховые и значительно реже обонятельные, вкусовые. Чаще всего галлюцинации, отличающиеся динамичностью, яркостью и образностью, наблюдаются на фоне помраченного сознания при токсических и инфекционных поражениях головного мозга. Обычно это животные, насекомые или герои мультфильмов, сказочные персонажи, страшные существа, которых ребенок боится, от которых бежит, прячется, просит помощи и защиты у близких. Могут быть также голоса, зовущие ребенка или реже пугающие его. При шизофрении слуховые галлюцинации обычно элементарны (в виде одиночных стуков, окликов). При энцефалитах могут наблюдаться все виды обманов чувств. Иногда они единичны, но чаще множественны. У подростков при острой шизофрении преобладают зрительные галлюцинации, хотя имеются и другие виды обманов чувств. Все они очень ярки, отчетливы, реальны для больного и нередко неприятны и страшны (фантастические животные разного размера, толпы карликов и уродов, бесчисленные насекомые). Псевдогаллюцинации наблюдаются при психических расстройствах и у детей, и у подростков. У неустойчивых, впечатлительных и внушаемых детей могут возникнуть и при отсутствии психоза, например при засыпании или серьезном утомлении. При психозах у детей во время онейроидного состояния появляются сцены из жизни римлян, оргии пиратов, сражения мушкетеров, картины из сказок, эпизоды из фантастических романов. Больной переживает события так, как будто он участник происходящего, хотя при этом и остается неподвижным. О его переживаниях можно судить по пристальному взгляду, по мимике страха, восторга или огорчения. Разграничение псевдогаллюцинаций и галлюцинаций необходимо для диагностики. Первые, как правило, показатель длительного и нередко неблагоприятного течения, вторые встречаются при острых кратковременных психозах. Однако распознавание псевдогаллюцинаций и галлюцинаций у детей — трудная задача. Помогает то, что последние возникают на фоне более ярких аффектов и сопровождаются значительной активностью, отображающей их содержание. Галлюцинирующий ребенок мимикой, жестами, поступками и в целом всем своим поведением отображает содержание переживаемого.

Нейропсихологический механизм

Галлюцинации — нарушение чувственного познания представления, при котором образы возникают без реального раздражителя в воспринимаемом пространстве и, приобретая необычную интенсивность, чувственность, становятся для самосознания больного неотличимыми от реальных предметов, образов и объектов действительности. Изменяется не только восприятие, но и отношение больного к окружающему, его эмоции и мышление. Причиной ошибок восприятия является нарушение притока сенсорной информации за счет патологии в системе анализатора (токсическое, инфекционное или органическое его поражение) с повышением реакции активации в ретикулярной формации ствола мозга. В связи с этим оживает информация, воспринятая в прошлом, трансформируясь в галлюцинаторные образы. При сенсорной депривации нарушается приток информации из-за условий, ее вызвавших (одиночество, блокирование рецепторов). Галлюцинации легче возникают в промежуточных состояниях между бодрствованием и сном. Нарушение притока информации может произойти при повреждении периферических частей анализатора (рецепторов, нервов-проводников), подкорковых структур, где происходит переключение импульсов в центральной части анализатора (например, затылочная область коры головного мозга при зрительных обманах чувств). Возникновение галлюцинаций связывают с нарушением обмена дофамина или эндорфина в головном мозге, находя подтверждение в эффективности нейролептиков, влияющих на обмен дофамина и препаратов-антагонистов эндорфина.

НЕГАТИВНАЯ РОЛЬ РАССТРОЙСТВ ВОСПРИЯТИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Появление у детей случайных единичных и непродолжительных расстройств восприятия, особенно таких, как нарушение их интенсивности или иллюзий, чаще всего показатель таких психических изменений, которые не выходят за рамки нормы и связаны с утомленностью физическими или психическими нагрузками. Однако, даже не будучи выраженными, они могут влиять как на работоспособность детей, так и на их возможность быть полноценными участниками игр и развлечений со сверстниками. Обнаружение этих расстройств требует внимательного изучения личности тех детей, у которых они были выявлены. Некоторые черты личности (сенситивность, впечатлительность и внушаемость) способствуют возникновению описываемых расстройств даже при незначительных нагрузках на организм и психику (утомление, волнение, недоедание и т. д.). В этих случаях для смягчения или ликвидации данных проявлений иногда достаточно улучшения отношения к ребенку, изменения домашнего режима или уменьшения учебных нагрузок. Реже может потребоваться психотерапевтическая поддержка ребенку и семье, а также облегчение школьного режима. Возникновение стойких, продолжительных расстройств восприятия, вызывающих у детей беспокойство, тревогу, депрессию, мешающих им в учебе, в общении со сверстниками и взрослыми, требует не только исследования психолога, но и консультации врача.

Тест

1. Сенестопатии — это:

а) патологические ощущения в различных частях тела и внутренних органах;
б) потеря чувствительности, исчезновение ощущений;
в) расстройство чувства боли.

2. Гипестезия — это:
а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
б) появление одновременно с ощущением в одном анализаторе ощущения в другом;
в) понижение чувствительности к внешним раздражителям.

3. Гиперестезия — это:
а) обостренное, усиленное чувственное восприятие;
б) патологическое ощущение в различных частях тела и внутренних органах;
в) расстройство чувства боли.

4. Иллюзии — это:
а) ошибочные восприятия реально существующих предметов и явлений;
б) ошибочные восприятия несуществующих предметов и явлений;
в) патологические ощущения.

5. Галлюцинации — это:
а) ошибочные восприятия реально существующих предметов и явлений;
б) ошибочные восприятия несуществующих предметов и явлений;
в) обостренное, усиленное чувственное восприятие.

6. Истинные галлюцинации — это:
а) проецирующиеся вовне, обладающие чувственной живостью, воспринимающиеся как нечто чуждое личности и не поддающееся контролю;
б) лишенные конкретности, чаще проецирующиеся во внутреннее пространство больного, возникающие помимо воли больного, не признающиеся объективной реальностью;
в) ошибочные восприятия реально существующих предметов и явлений.

7. Псевдогаллюцинации — это:
а) проецирующиеся вовне, обладающие чувственной живостью, воспринимающиеся как нечто чуждое личности и не поддающееся контролю;
б) лишенные конкретности, чаще проецирующиеся во внутреннее пространство больного, возникающие помимо воли больного, не признающиеся объективной реальностью;
в) ошибочные восприятия несуществующих предметов и явлений.

8. Сценические галлюцинации — это:
а) галлюцинации, возникающие при засыпании;
б) тематические, сюжетно взаимосвязанные картины и эпизоды развивающихся событий;
в) галлюцинации, возникающие при пробуждении.

9. Гипнагогические галлюцинации — это:
а) галлюцинации, возникающие при пробуждении;
б) галлюцинации, возникающие при засыпании;
в) ошибочные восприятия несуществующих предметов и явлений.

10. Нейропсихологический механизм галлюцинаций — это:
а) нарушение мышления;
б) нарушение сознания;
в) нарушение притока сенсорной информации за счет патологии в системе анализатора.

Литература к главам 6—12

Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. — Ростов н/Д : Феникс, 1998.
Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж : Модек, 1995.
Гиляровский В. А. Психиатрия. — М. : Медгиз, 1954.
Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск : ТГУ, 1994.
Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста. — СПб. : ЛОИУУ, 1993.
Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М. : Медицина, 1985.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. Г. В. Морозова. — М. : Медицина, 1988.
Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. В. Снежневского. — М. : Медицина, 1983.
Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М. : Медицина, 1955.
Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. : Медицина, 1973.

Глава 7. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

МЫШЛЕНИЕ В НОРМЕ

Мышление — процесс отражения общих свойств в вещах и явлениях, а также закономерных связей между ними. Мышление — опосредствование, установление отношений и зависимостей, раскрытие внутренних связей и закономерностей. Оно создает возможность опосредованного познания путем умозаключений и суждений.

Мышление — творческая функция, создающая новые ценности, образующая новые понятия. Этот процесс совершается конкретными образами (представлениями) и на более высоком уровне — абстрактно (понятиями).

Представления — это сохранившиеся в памяти, ранее полученные восприятия; они конкретны, так как отображают действительность. Примерно с полутора лет у детей появляются свободные представления. К концу второго года зрительные представления играют в жизни ребенка большую роль. К этому времени развиваются и слуховые представления, без которых невозможно развитие речи. В дошкольные годы дети мыслят наглядно, образами предметов и явлений. У детей более яркие, чем у взрослых, представления. Их мышление, оперирующее представлениями, — конкретное, образное или наглядное. В процессе деятельности формируются живые конкретные и точные представления. Развитие представлений идет по пути увеличения в них элемента обобщения, схематизации и создания типических образов.

Понятия — обобщенные представления, они являются следствием абстракции, поэтому и мышление в понятиях называют абстрактным. Представления и понятия выражаются в словах, вследствие этого мышление тесно связано с речью.

Нейропсихологический механизм

В процессе мышления объект включается во все новые связи и в силу этого выступает во все новых своих свойствах и качествах, которые фиксируются в новых понятиях. Из объекта, таким образом, как бы вычерпывается все новое содержание. Он как бы поворачивается каждый раз другой своей стороной, в нем выявляются все новые свойства. Основной механизм мышления называется «анализ через синтез», поскольку выделение (анализ) новых свойств в объекте совершается через соотнесение (синтез) исследуемого объекта с другими предметами, т. е. через включение его в новые связи с другими предметами. Мышление — свойство мозга, определяемое особенностями высшей нервной деятельности, нейрофизиологическими процессами. Это процесс переработки информации мозгом человека при тесном взаимодействии различных уровней сознания и подсознания. Мысль — корковая модель, обладающая наибольшим потенциалом, к которой в данный момент привлечено внимание. Мышление — активация, по крайней мере, двух моделей, сопоставление которых и есть реальное содержание мысли.

Возрастные особенности

Первое обобщение ребенка связано с его практической деятельностью, которая выражается в одних и тех же действиях, выполняемых со сходными предме-

тами (11—20 мес.). Овладение речью играет важнейшую роль в развитии обобщения. Первоначальное значение слов связывается с неоднородными предметами. Первичное обобщение, индукция, дедукция появляются у детей 3—4 лет. Ребенок мыслит действуя. Он не предвосхищает предстоящих действий. Детское мышление наглядно, в нем отражены только воспринимаемые внешние признаки вещей. Мышление ребенка исходит из его личного опыта. В содержание понятий входят только несущественные признаки предметов — «часы, которые звонят». В процессе школьного обучения расширяется круг понятий, содержание понятий обогащается, происходит переход от конкретных к абстрактным понятиям. Школьник овладевает умственными операциями, у него развиваются обоснованность, критичность, обстоятельность мышления.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Они выражаются в нарушении процесса мышления и патологической продукции мышления.

Нарушение процесса мышления

Ускоренное мышление характеризуется быстрым, облегченным возникновением и сменой мыслей, «ускорением течения представлений», быстрой сменой целенаправленности мыслительного процесса из-за ослабленного внимания, поверхностными суждениями, сниженной умственной продуктивностью, речевым хаотичным возбуждением. Внешняя связь идей серьезно не нарушается, однако при особенно сильном ускорении мышления («скачке идей») их последовательность может расстроиться, они становятся поверхностными, незаконченными, в результате чего возникает маниакальная спутанность. Этот тип расстройства мышления наблюдается при маниакальных фазах аффективного психоза.

Заторможенное мышление — замедление темпа течения мыслей, бедность представлений, понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления, расстройство осмысливания, медленный подбор ассоциаций соответственно поставленной задаче, длительное «застревание» на одной и той же идее. Наблюдается при депрессии.

Прерывистость, задержка мыслей (шперрунг) выражается во внезапных провалах, остановках хода мыслей, «пропадание мыслей» может длиться от нескольких секунд до нескольких дней. Характерно для шизофрении.

Сгущение (агглютинация) представлений и понятий выражается в слиянии не связанных между собой понятий или слов в одно понятие или слово. Больной шизофренией, имея в виду тот факт, что после шока все идет на лад, говорит — «шоколадно».

Символика мышления — замещение, подмена одних понятий другими, сосуществование прямого и переносного смысла понятий. Например: «горе — стрелка, направленная назад», «„А“ — буква в познании материального мира». Символика проявляется также в неологизмах — словотворчестве, где сливаются понятия и слова или же символически замещаются понятия: «донно», «андофит», «клаукс».

Наплыв мыслей (ментизм) — непроизвольное, насильственное возникновение в сознании быстро следующих друг за другом представлений, нецеленаправленный поток мыслей, воспоминаний, чаще бессвязных и плохо запоминающихся. Это могут быть кратковременные эпизоды или наплывы, продолжающиеся неопределенно долго. Больные, обычно страдающие шизофренией, воспринимают это как внешнее воздействие на психику.

Обстоятельность мышления — медленное с затрудненным переходом от одной мысли к другой, чрезмерно детализированное, вязкое мышление с «топтанием на месте», приведением массы несущественных подробностей, неумением кратко формулировать свои идеи, неспособностью переключиться на что-то новое. Встречается при эпилепсии, может быть и у больных с тяжелой умственной отсталостью.

Персеверация мышления — застой, монотонность мышления, постоянное возвращение одних и тех же мыслей, «застревание» на каком-нибудь представлении, повторение одних и тех же слов, одних и тех же ответов на различные вопросы. Бывает при эпилепсии, органических психозах.

Бессвязное, или спутанное, мышление проявляется в том, что разрушается грамматическая форма фраз, промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают, и речевая продукция становится бессвязной. Типичная форма бессвязного мышления возникает на фоне аментивного помрачения сознания, когда нарушается элементарный анализ и синтез, в связи с чем полностью утрачивается способность осмысливать окружающее, появляются растерянность, повторяющиеся недоуменные вопросы. Иногда при астенической спутанности больные способны улавливать часть ситуации, временами лучше ориентируются в окружающем, отвечают на вопросы. В этих случаях мышление становится более упорядоченным. Встречается при токсико-инфекционных, соматогенных психозах и при сумеречном состоянии у больных эпилепсией.

Стереотипии — повторение одних и тех же, часто бессмысленных слов и выражений, обусловленное расторможением словесных автоматизмов. Наблюдается при шизофрении.

Резонерство — характеризуется склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям. Это неадекватное реальной ситуации мудрствование, многословность и банальность суждений. Резонерство не конкретно, так как оно не связано с прошлым опытом и не основано на реальных представлениях. Вместо цели мышления, которая должна привести к познанию действительности, на переднем плане «рассуждательство». Встречается при шизофрении, эпилепсии, умственной отсталости.

Аутистическое мышление отличается оторванностью от реальной действительности, суждения формируются лишь в согласии с аффективными потребностями личности, оно замкнуто в тесном кругу идей, которые возникают и развиваются без проверки практикой жизни, т. е. без фактического основания и в отсутствие логики. Могут одновременно возникать противоречивые взаимоисключающие (амбивалентные) мысли. Аутистическое мышление нередко основано на символах, аллегориях и смутных образах. Нарушается активность мышления. Характерно для шизофрении.

Паралогическое мышление характеризуется грубыми нарушениями логики, которые приводят больного к необоснованным, даже нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств. Бурные аффективные вспышки иногда могут вызывать это расстройство. Оно постоянно наблюдается при паранойе, парафрении, шизофрении, реже при психопатиях.

Разорванность мышления выражается в нарушении связей между представлениями и понятиями. Отсутствует целенаправленность мышления. Порядок мыслительного процесса искажается, но иногда сохраняется грамматическая форма фраз, что делает лишенную смысла речь внешне упорядоченной. В тех случаях, когда утрачиваются и грамматические связи, мышление и речь превращаются в бессмысленный набор слов — «словесную окрошку». Разорванность встречается при далеко зашедших случаях шизофрении.

Патологическая продукция мышления

Навязчивое мышление — состояние, отличающееся тем, что в сознание больного помимо его желания вторгаются мысли, сомнения, воспоминания, страхи. Больной понимает ненужность, неуместность и нелепость этих явлений, но не может с ними бороться. Они мешают его целенаправленному мышлению. Навязчивые идеи — сущность обсессивного синдрома (синдрома навязчивости). В его состав входят:

1) навязчивые мысли, проявляющиеся в болезненном мудрствовании, в непреодолимом стремлении разрешать бесплодные и ненужные задачи («Почему Луна не падает на Землю?») или в не покидающих больного и доминирующих в сознании воспоминаниях о неприятном событии;

2) навязчивые страхи (фобии), составляющие часть этого синдрома или бывающие самостоятельными (боязнь замкнутого пространства, открытых площадей, острых предметов, боязнь рака, инфаркта);

3) навязчивые действия, большей частью связанные с навязчивыми мыслями или страхами (например, бесконечное мытье рук, для того чтобы избавиться от мучительной тревоги, связанной со страхом заражения) или независимые от этого синдрома (счет шагов, оконных переплетов, сложение любых попадающих на глаза цифр).

Наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, шизофрении, органических и других психозах.

Сверхценные идеи — ошибочные или односторонние суждения, вследствие своей чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании. Другие мысли или концентрируются вокруг сверхценной идеи, подчиняясь ей, или же подавляются. Преданность сверхценной идее заставляет человека пренебречь всем остальным, своими личными интересами и интересами близких.

Типы некоторых сверхценных идей:

1) ипохондрические — мысли о мнимой болезни;

2) кверулянтские — мысли о необходимости бороться за свои попранные права, приводящие к непреодолимой сутяжнической деятельности;

3) фанатичные — непреодолимые мысли о мести после нанесенного оскорбления;

4) изобретательства — мысль о создании или открытии нового необычного инструмента, аппарата или технологического процесса;

5) талантливости — мысль о выдающихся достижениях и успехах в области поэзии, музыки;

6) ревности — неотступные мысли об изменах жены, мужа, любовника.

Сверхценные идеи — выражение дисгармоничной психики — связаны с паралогическим мышлением, резонерством, наиболее часто возникают у паранойяльных, эпилептоидных, психастенических, психопатических личностей.

Бредовые идеи — болезненного происхождения, извращенные, ошибочные, не соответствующие реальности представления и суждения, искаженно отображающие действительность, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции извне.

Клинические, систематизированные по содержанию *виды бреда*:

1. *С положительным эмоциональным тоном:*

а) бред величия — мысли о знатном или инопланетном происхождении, о способностях преобразовать мир или исправить погрязших в грехах людей, о гениальности, талантливости или грандиозной физической силе и т. д.;

б) эротический бред — мысли больного о сексуальных домогательствах высокопоставленной особы, влюбленности в него десятков поклонников, множестве жен, любовниц, неотразимой привлекательности, необычной половой силе;

в) бред богатства — мысли о несметном богатстве, владении множеством домов, бесчисленными драгоценностями и т. д.;

г) бред изобретения — больной изобрел вечный двигатель, который осчастливит человечество, космоплан для достижения дальних галактик, создал лекарство от всех болезней.

Встречаются при экспансивной форме прогрессивного паралича, маниакальной фазе аффективного психоза, параноидной шизофрении.

2. *С отрицательной эмоциональной окраской:*

а) бред самообвинения, самоуничижения — больной считает себя плохим человеком, приносящим вред государству, семье, убежден, что виновен в тяжких преступлениях, что его следует уничтожить;

б) бред обнищания и материального ущерба — больной убежден, что он лишился имущества, квартиры, дома, пенсии, родные его умерли, у него нет кровати, постельного белья, одежды, ему предстоит умереть голодной смертью;

в) бред ипохондрический — убежденность больного в том, что он болен неизлечимой болезнью, сегодня же должен умереть, сгнили внутренности, нет кишечника и пищевода, мозг высох и т. д.

Наблюдаются при депрессиях аффективного психоза, предстарческих и старческих психозах, соматогенном психозе, депрессивной форме прогрессивного паралича, шизофрении.

3. *Окрашенные чувством страха, подозрительности, недоверия:*

а) бред преследования — больному кажется, что к нему плохо относятся, его хотят убить, преследует определенная группа людей, существует какая-то банда, которая хочет его погубить, на улице за ним ходят, угрожают;

б) бред отношения или особого значения — малозначительные факты из жизни больного приобретают в его глазах определенное значение (догорающий окурок, брошенный в пепельницу, — намек на скорую кончину больного), в сюжетах телепередач больной видит намеки на свою жизнь, в разговорах прохожих «слышит» обсуждение его поступков и переживаний;

в) бред воздействия или влияния — мысли о гипнозе, сковывающее действие которого больной испытывает на себе о лазере, пронизывающем и прожигающем весь организм, о взгляде близкого человека, переделывающего; из мальчика в девочку, о сексуальном насилии с помощью прикосновения рукой.

Часто встречаются при параноидной шизофрении, старческих и предстарческих психозах, соматогенных и травматических психозах.

Формирование бредовых идей.

Первичный бред развивается вследствие нарушений логики и возникновения патологической интерпретации. У больного не нарушается чувственное познание мира, он опирается на реальные факты, трактуя их очень избирательно, игнорируя все, что не соответствует его идеям. Первичным бредом может быть бред эротический, изобретательства и т. д. Других расстройств психики обычно нет. Первичный бред, называемый также интерпретативным и систематизированным, — система построений, расширяющихся, усложняющихся и детализирующихся.

Чувственный (образный) бред возникает преимущественно из-за нарушений чувственного познания. В его структуре преобладают яркие образные представления: воображение, фантазии, вымыслы, грезы. Он с самого начала сочетается с галлюцинациями, страхом, возбуждением и т. д.

Основные *бредовые синдромы*:

1. *Паранойяльный синдром* — постепенно развивающийся, систематизированный, эмоционально насыщенный, правдоподобный и лишенный расстройств восприятия бред.

2. *Галлюцинаторно-параноидный синдром* состоит из бредовых идей и галлюцинаций. *Синдром психического автоматизма Кандинского — Клерамбо* (разновидность предыдущего) — сочетание псевдогаллюцинаций, бредовых идей психического, физического, гипнотического воздействия и чувства отчужденности, «сделанности» собственных движений, поступков, эмоций и мыслей («Я как автомат, управляемый со стороны»).

3. *Парафренный синдром* — сочетание систематизированного бреда преследования и величия (с фантастическим сюжетом) с психическим автоматизмом и псевдогаллюцинациями. Нередко наличествует повышенное настроение.

4. *Синдром дисморфомании* проявляется триадой: 1) паранойяльными идеями физического недостатка («нет талии», «нос слишком большой»), 2) бредом отношения («все смотрят»), пониженным настроением.

Возрастные особенности. У детей в связи с неразвитостью ЦНС (ассоциативных полей) бред возникает редко. Более часто возникает *патологическое фантазирование (бредоподобные фантазии)*, когда ребенок стремится осуществить не реализованное в действительности. Эти фантазии отличаются нелепостью, несвязанностью с конкретной реальной обстановкой, неподверженностью влиянию детского опыта (прочитанным книгам, услышанным сказкам, просмотренным телепередачам и т. д.), трудностью переключения к обыденной домашней ситуации. В них могут быть стремления к могуществу, желания, невыполнимые в жизни, враждебность к окружающим, нелюбовь к людям и страх перед ними. Окружающее может приобретать «особое» значение. В начале заболевания эти фантазии появляются только перед сном, а затем распространяются и на весь день. Ребенок живет в мире своих однообразных, лишенных творчества фантазий, со временем исчезает критическое к ним отношение, нарушения мышления становятся более серьезными, к ним могут присоединиться псевдогаллюцинации и явления синдрома психического автоматизма. Все же отождествлять эти расстройства с бредом неправильно, так как у больного нет убежденности в реальности его вымыслов, иногда ребенок даже соглашается с тем, что это «его выдумка». Однако у больных с бредоподобным фантазированием в подростковом возрасте может развиться настоящий бред.

Бред у детей динамичен, фрагментарен и нестоек, чаще всего он возникает на фоне делирия, сопровождается иллюзиями и галлюцинациями (нападающими животными, неприятными насекомыми). С наступающим прояснением сознания он легко разрушается. Возникновение бреда на фоне непомраченного сознания — явление у детей редкое. В этих случаях он проявляется в рудиментарной форме — интенсивного страха и сочетается с уверенностью в приближающейся опасности для себя или родителей. Эти состояния обычно возникают приступообразно, страх может быть нестойким, ребенка удается успокоить, но по окончании приступа все же остаются тревога, мнительность, сосредоточенность на собственном здоровье и опасение смерти. Страх и ипохондрические мысли могут трансформироваться в бредовую настроенность, а затем и в идеи преследования.

Навязчивые состояния у детей раньше всего проявляются в двигательной сфере (тики, онихофагия, трихотилломания). В раннем детском возрасте нередки страхи темноты, одиночества, в старших возрастах — страх заражения, пожара, животных, потери родителей. Навязчивые мысли обычно появляются лишь у подростков. Навязчивые состояния и страхи при шизофрении у детей могут эволюционировать в генерализованную бредовую настроенность. Одним из начальных бредо-

вых проявлений у детей может оказаться нарушение чувства симпатии, нарастающей враждебности, агрессивности к родителям. Одновременно с этим нарастает озлобленность, жестокость. Понять, что в основе этих психических расстройств лежит психотический процесс, удается в препубертатном или пубертатном возрасте. Именно у этих больных в дальнейшем развивается *бред чужих родителей*, во время которого родителей воспринимают как чужих, а своими считают инопланетян, высокопоставленных людей или пропавших без вести людей.

У подростков клиническая картина усложняется, бредовые идеи встречаются чаще. Бред может возникать остро, минуя длительную картину развития, свойственную детям. Содержание бредовых переживаний богаче, разнообразнее, чем у детей. У одного и того же больного наблюдаются разные виды бреда (идеи отношения, преследования, воздействия). Могут возникать и такие формы *паранойяльного* систематизированного бреда, которые сохраняются без существенных изменений в течение всего заболевания (дисморфоманические идеи). Наряду с чувственным бредом на фоне помраченного сознания наблюдаются *параноидный* с галлюцинациями, *депрессивный* с идеями самообвинения и *маниакальный*, сочетающийся с идеями величия. При хроническом энцефалите чувственный бред, возникший на фоне помраченного сознания, сохраняется и позже, когда последнее проясняется.

Формирование бреда при неизмененном сознании зависит от патологических проприо- и интероцептивных ощущений. Возникает *ипохондрический* или даже *нигилистический бред*, при котором отказываются от приема пищи из-за отсутствия внутренних органов, частей тела («нет кишечника»), из-за того, что считают себя мертвыми. Иногда у детей и подростков наблюдается бред перевоплощения в другого человека или животного. При затяжном заболевании — обычно развитие бреда воздействия и психического автоматизма. Таким образом, образование бреда при разных заболеваниях происходит различно: в одних случаях этому способствует расстройство сознания, в других — расстройства восприятия (галлюцинации), в третьих — патологические ощущения и нарушения телесного «Я». Бредовая убежденность у детей младшего возраста не проявляется в словах, а выражается средствами образного мышления. Аналогичная картина наблюдается и у тяжело умственно отсталых. Источник формирования бреда у детей и подростков — нарушение чувственной сферы познания (рудимент бреда — страх за свое здоровье сопровождается патологическими ощущениями).

У взрослых в среднем возрасте чаще встречается бред преследования, бред ревности, любовный бред. Для предстарческого возраста более характерны бред самообвинения, обвинения, гибели мира.

НЕГАТИВНАЯ РОЛЬ РАССТРОЙСТВ МЫШЛЕНИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Нарушения процесса мышления, не достигающие болезненного уровня, встречаются у детей постоянно. Обиды, наносимые сверстниками, пренебрежение родных, непонимание воспитателей — все это, снижая настроение, затормаживает мыслительный процесс. С трудом возникают представления, замедляется ход ассоциаций, снижается продуктивность обучения.

Описанные отклонения требуют серьезного внимания, чтобы предупредить у ребенка возможные ухудшения, достигающие болезненных изменений. Наиболее правильный подход — устранение причин, затрудняющих мыслительную работу. В других случаях приходится ограничиваться созданием более благоприятных условий для выполнения интеллектуальных нагрузок. Сюда же от-

носится и удовлетворение потребности ребенка в таком эмоциональном климате, в котором он почувствовал бы себя более комфортно и тем самым улучшились бы условия для мыслительного процесса. Если появляются сомнения в том, что нарушения мышления не выходят за рамки нормы, то консультация с психологом и психоневрологом становится необходимой.

Обнаружить или правильно оценить появившуюся патологическую продукцию не всегда удается, так как некоторые ее проявления воспринимаются как особенности нормы. В частности, навязчивые страхи, сверхценные идеи и даже некоторые бредовые высказывания (например, о своем заболевании) взрослыми иногда воспринимаются как проявления нормальной детской психики. Во всех случаях, когда обнаруживаемая та или иная мыслительная продукция препятствует учебному труду, приспособлению к коллективу сверстников, требуется консультация психолога и психоневролога. Выявление у ребенка или подростка нескольких нарушений мышления или других симптомов во избежание вреда, который может быть нанесен больным себе или окружающим, обязывает воспитателей немедленно обратиться к врачу.

С некоторыми нетяжелыми симптомами нарушенного мышления (замедление, обстоятельность, резонерство, некоторые навязчивости) дети могут после консультации врачей и назначенного лечения продолжать обучение при условии внимательного за ними наблюдения.

Тест

1. Ускоренное мышление — это:

а) ускорение течения представлений, быстрая смена направленности мыслей из-за ослабленного внимания;

б) разрушение грамматической формы фраз, при котором промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают и речевая продукция становится бессвязной;

в) нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя.

2. Бессвязное мышление — это:

а) разрушение грамматической формы фраз, при котором промежуточные звенья между отрывками мыслей выпадают и речевая продукция становится бессвязной;

б) нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя;

в) замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления,

3. Заторможенное мышление — это:

а) нарушение связей между понятиями при сохранении грамматического строя;

б) замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления;

в) склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям.

4. Резонерство — это:

а) склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям;

б) замедление темпа течения мыслей, бедность понятий и суждений, малая подвижность целенаправленности мышления;

в) оторванность от реальности, формирование суждений в согласии с аффектами личности, замкнутость в тесном кругу идей.

5. Аутистическое мышление — это:

а) склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям;

б) оторванность от реальности, формирование суждений в согласии с аффектами личности, замкнутость в тесном кругу идей;

в) грубое нарушение логики, приводящее к необоснованным, нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств.

6. Навязчивое мышление — это:

а) вторжение мыслей, сомнений, воспоминаний в сознание больного помимо его желания, при критическом отношении и борьбе с ними;

б) грубое нарушение логики, приводящее к необоснованным, нелепым выводам, не имеющим достаточных доказательств;

в) ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании.

7. Сверхценные идеи — это:

а) вторжение мыслей, сомнений, воспоминаний в сознание больного помимо его желания, при критическом отношении и борьбе с ними;

б) ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании;

в) болезненные, не соответствующие реальности суждения, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции.

8. Бредовые идеи — это:

а) ошибочные суждения, вследствие чрезмерной аффективной насыщенности получающие перевес над всеми остальными идеями и доминирующие в сознании;

б) болезненные, не соответствующие реальности суждения, в достоверности которых больной убежден и не поддается коррекции;

в) насильственное возникновение в сознании следующих друг за другом представлений, нецеленаправленный поток мыслей.

Глава 8. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

ПАМЯТЬ В НОРМЕ

Память — запечатление, хранение и последующее воспроизведение прошлого опыта.

Без этого качества памяти невозможно никакое научение. С другой стороны, для того чтобы воспрепятствовать сохранению несущественной информации, которая могла бы заблокировать работу мозга, необходим механизм забывания. Таким образом, память — это и способность к запоминанию, и способность к забыванию. Память активна, связана с потребностями человека, его интересами, эмоциями и интеллектом.

Запечатление (кодирование) — выделение информации, которая будет храниться. Начинается с распознавания физических параметров информации, затем происходит перегруппировка материала и, наконец, основное кодирование при анализе и идентификации различных характеристик. Запоминание непроизвольное происходит без всякой цели и усилий. Запоминание произвольное совершается с постановкой цели, с волевыми усилиями, с напряжением внимания, с попыткой понять воспринимаемое и связать с прошлым опытом.

Хранение (архивизация) — накопление информации и связывание ее с той, которая уже есть в памяти.

Воспроизведение (извлечение) — извлечение информации тесно связано с тем, как организован материал в памяти. Воспоминание легче происходит в контексте среди других, предъявляемых вместе с ним элементов. Воспроизведение непроизвольное — появление навязчивых образов. Воспроизведение произвольное — результат сознательно поставленной цели.

Припоминание связано с мышлением и является волевым процессом.

Забывание: а) невозможность припомнить или узнать; б) неверное припоминание или узнавание. Забыванию способствуют возраст (ранний или пожилой), неиспользование усвоенной информации, интерференция (вмешательство сильных эмоций, сходной деятельности, тяжелой работы), подавление бессознательными мотивациями (забывание неприятных, нежелательных событий), органические повреждения мозга (воспалительные, травматические).

Реминисценция — воспроизведение того, что, казалось, было уже забыто.

Виды памяти: двигательная, эмоциональная, образная, словесно-логическая.

Индивидуальные различия памяти в продуктивности заучивания зависят от скорости, прочности и точности запоминания, а также от готовности воспроизведения.

В соответствии с каналом получения информации *типы памяти* делятся на зрительный, слуховой и речедвигательный.

Нейропсихологический механизм

Физиологический механизм врожденной (филогенетической) памяти составляют безусловные рефлексы разной степени сложности. Физиологический механизм приобретенной (индивидуальной) памяти состоит в формировании, фиксации, хранении и воспроизведении временных связей.

Сенсорная (непосредственная) память осуществляется на уровне рецепторов и сохраняет следы воспринятого на то время ($^1/_4$ с), пока решается вопрос о привлечении ретикулярной формацией внимания высших отделов мозга. Если этого не происходит, то менее чем за секунду следы стираются.

Кратковременная память обеспечивает сохранение информации в течение короткого времени (20 с), пока мозг ее обрабатывает и интерпретирует, чтобы решить степень ее важности и необходимости длительного хранения. Емкость — от 5 до 9 элементов (цифр, букв, названий предметов). Период консолидации, т. е. время переноса информации в долговременную память? от 15 мин до часа.

Долговременная память сохраняет информацию длительное время, соизмеримое с продолжительностью жизни индивида. Емкость памяти теоретически безгранична, она зависит от важности информации для субъекта, ее кодирования, систематизации и воспроизведения. Существуют специфические нейронные схемы (височная область коры головного мозга) для записи событий прошлого.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Расстройства способности запоминания (запечатления) возникают из-за невозможности закодировать полученную информацию.

Амнезия — выпадение из памяти событий определенного отрезка времени. Возникает вследствие невозможности запечатлевать, кодировать (анализировать и идентифицировать) информацию, перевести следы события в долговременную память.

Амнезия антероградная — провал памяти, возникающий на события после заболевания. При этом нарушении информация не попадает в долговременную память из кратковременной. Отмечена в случаях травматического поражения мозга, старческих психозах.

Б-ной О., 34 года. Принял в связи с невозможностью заснуть несколько таблеток димедрола. На фоне дезориентировки возникла тревога, двигательное беспокойство, больному казалось, что раздвигаются стены, что он летит в космос, к нему приближаются планеты, видел, как одна из них раскалывается, затем перед ним оказались бандиты, милиционеры, слышал выстрелы. При этом кричал: «Пять планет... Ой, раскалывается... Никого нет... Я один... Вода... Огонь... Держите убийц!» Выйдя из онейроидно-делириозного состояния, не мог вспомнить события пяти дней, в том числе двух дней после прояснения сознания. Этот пример иллюстрирует механизм возникновения антероградной амнезии.

Амнезия ретроградная — утрата воспоминаний на события, предшествующие началу болезни, травме головного мозга. Страдает та информация, которая уже закреплена в долговременной памяти. Она может распространяться на отрезки времени, равные нескольким минутам, часам, дням и даже многим месяцам. Восстановление памяти обычно происходит при благоприятном течении, начиная с наиболее давних событий. Наблюдается при ушибах и сотрясениях головного мозга, алкогольном и других поражениях мозга, болезни Альцгеймера.

Амнезия антероретроградная — охватывает относительно длительный период — до и после возникновения заболевания (травмирующего мозг события). Наряду с упомянутыми, причиной может быть асфиксия головного мозга, например возникшая при попытке самоубийства посредством повешения.

Расстройство хранения поступающей в мозг информации обычно происходит при грубых органических деструктивных процессах, когда разрушаются структуры — носители следов поступивших сообщений.

Расстройство воспроизведения запечатленной информации встречается довольно часто. Внешне оно может не отличаться от расстройства хранения. Положи-

тельная динамика наблюдается только при расстройстве воспроизведения, при расстройстве же хранения нарушения памяти необратимы. Даже в норме легко возникают нарушения воспроизведения при утомлении, психическом истощении. Однако они легко восстанавливаются при возвращении сил, отдыхе. Более тяжелые, патологические расстройства воспроизведения наблюдаются при астениях, возникающих вследствие мозговых (менингит), общих инфекционных болезней (тиф), травматических поражений мозга. Расстройство воспроизведения, проявляющееся вытеснением из памяти событий определенного периода времени или определенных переживаний, возникает при сильных эмоциональных (шоковых) потрясениях. Это расстройство похоже на амнезию, однако отличается от нее тем, что способность запоминания, нарушенная при ней, сохраняется, а вытесненное постепенно восстанавливается.

Гипомнезия — ослабление памяти, проявляющееся в нарушении хранения и воспроизведения полученного опыта. Более заметно ухудшение механической, чем словесно-логической, памяти. Быстрее забываются недавняя и недостаточно закрепленная информация. Обычно гипомнезия связана с органическими поражениями мозга, психическим недоразвитием.

Гипермнезия — усиление памяти, при котором необычно легко возникает бесчисленное количество воспоминаний. Чаще всего воспроизведение логической последовательности фактов нарушено, улучшается главным образом логическая память. Бывает при гипоманиакальных и маниакальных состояниях различного происхождения. Парциальная гипермнезия может быть, например, при умственной отсталости, когда повышается способность к запоминанию и воспроизведению цифр.

Качественные расстройства памяти (обманы памяти), или парамнезии, — такие расстройства, при которых преимущественно наблюдается нарушение репродукции, но может быть и нарушение запоминания. Обманы памяти встречаются и у нормального человека, когда эмоциональные влияния и личностные интересы нарушают воспроизведение и вследствие этого репродукция полученной информации не всегда совпадает с прошлым опытом, т. е. искажается.

К ним относятся:

1. Криптомнезия — нарушение памяти, при котором стирается грань между реальными событиями и событиями, о которых индивид слышал от окружающих, читал или увидел их во сне. Например, человек рассказывает услышанный им анекдот, искренне веря, что он его придумал сам.

2. Псевдореминесценции (ложные воспоминания) — смещение во времени событий, действительно имевших место в прошлом опыте индивида. Может быть при старческом слабоумии.

3. Конфабуляции (вымыслы) тесно связаны с расстройством восприятия времени и нарушением распределения прошлых событий во времени. Их называют замещением провалов памяти вымыслами, причем больной полностью уверен в том, что сообщенные им факты и события действительно имели место. Наблюдаются при корсаковском психозе и могут возникать при парафренном синдроме шизофрении.

4. Фантазмы — придумываются больными, у которых нет грубых нарушений памяти, для того чтобы показать себя с лучшей стороны. Встречаются при истерии и некоторых видах слабоумия.

5. Амнестическая афазия — забывание больным названий предметов. Может быть при старческой деменции, злокачественно протекающей эпилепсии.

6. Синдром Корсакова состоит из нарушений памяти: 1) фиксационной амнезии, неспособности сохранить зарегистрированные события более чем на не-

сколько секунд или минут; 2) нарушения ориентировки во времени; 3) относительной сохранности памяти на прошлое; 4) псевдогаллюцинаций; 5) конфабуляций; 6) криптомнезии (редко). Наблюдается при алкогольном и других интоксикационных и органических псхозах. Симптомы этого синдрома в подавляющем большинстве случаев необратимы.

7. Психоорганический (энцефалопатический) синдром объединяет: 1) эмоциональную лабильность, недержание аффектов; 2) расстройство памяти; 3) снижение интеллекта. Больные беспомощны, с трудом ориентируются в обстановке и особенно во времени, плохо приспосабливаются к новым условиям жизни. У них снижены волевые процессы, работоспособность. Эмоциональная лабильность проявляется в легкости перехода от слез к благодушию и снова к слезам. Возможно психопатоподобное поведение. Причиной этого синдрома могут стать многие заболевания: менингоэнцефалиты, сосудистая патология, опухоли и травмы головного мозга, тяжелые соматические заболевания и др. Как правило, значительных улучшений не наблюдается.

8. При *синдроме инфантильного расстройства памяти* больной достаточно хорошо все помнит, но самостоятельно воспроизвести полученную информацию не может. Страдает почти исключительно одно восприведение. Наблюдается практически только у детей. Они знают о своем недостатке, записывают то, что хотят запомнить, ищут в вопросе собеседника ответ. Для улучшения извлечения приобретенных знаний и опыта дети нуждаются в поддержке, толчке, наводящем вопросе.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Память не бывает постоянно одинаковой: хорошей, средней или плохой. Она под влиянием возрастных изменений, неустойчивых личностных черт, аффективных вспышек или стойких эмоциональных изменений и других факторов постоянно меняется. В этой связи трудно оценить истинные качества памяти у любого ребенка или подростка. Гораздо важнее создавать условия по сохранению природных особенностей памяти и помогать их совершенствовать. Дети должны быть знакомы со своей памятью, ее преимуществами и недостатками. Они должны научиться правильно ее использовать и беречь в неблагоприятных условиях. Особого внимания заслуживают дети после заболеваний или в течение процессов, ослабляющих память (хроническая соматическая болезнь). Они нуждаются в условиях, не только ограждающих от перегрузки, но и от фрустраций, из-за осознания больными своей несостоятельности. Еще в большей мере сказанное относится к детям, имеющим трудности в своем развитии. Например, дети с умственной отсталостью и детским церебральным параличом отличаются по тому, как у них развита память. Однако и те и другие нуждаются в совершенствовании последней, без этого трудно реализовать их ограниченные ресурсы психики для приспособления к жизни.

ИНТЕЛЛЕКТ В НОРМЕ

Интеллект — глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами (Векслер Д., 1939). Существует много других определений, что свидетельствует о нашем недостаточном знании того, что такое интеллект. Это способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Умение достигнуть цели. Власть комбинаций. Искусство предвидеть будущее. Способность использовать полученный опыт для решения новых задач. Умение поступать, говорить и действовать своевременно

и уместно. Чувство меры. Человек, обладающий интеллектом, — это тот, кто правильно судит, понимает и размышляет и кто благодаря своему здравому смыслу и инициативности может приспосабливаться к обстоятельствам жизни (Бине А., Симон Т., 1905).

Предпосылки интелекта: память, внимание, активность познавательных процессов, упражняемость, утомляемость.

Предполагается, что интеллект не единое целое, а состоит из отдельных *способностей*. Выделено 7 первичных умственных потенций: 1) счетная способность; 2) словесная гибкость; 3) словесное восприятие; 4) пространственная ориентация; 5) память; 6) способность к рассуждению; 7) быстрота восприятия (Терстоун Л., 1938).

Дж. Гилфордом (1959) описаны 120 факторов интеллекта в зависимости от того, для каких умственных операций они нужны, к каким результатам приводят, каково их содержание (образное, символическое, семантическое или поведенческое).

Уровни интеллекта

Конкретный (практический) уровень помогает решать повседневные задачи и ориентироваться в наших взаимоотношениях с различными предметами. К этому уровню относятся ассоциативные способности, позволяющие использовать информацию, хранящуюся в памяти. *Абстрактный* уровень позволяет нам оперировать словами и понятиями. К этому уровню относятся когнитивные способности.

Происхождение интеллекта

Существует два взгляда на истоки интеллекта. Согласно первому, интеллект наследственного происхождения. Его задатки, полученные при рождении, развиваются и достигают полного раскрытия к 20 годам. Интеллект делят на А и В: А — потенциал, который создается в момент зачатия и является основой для развития интеллектуальных способностей; В — формируется в результате взаимодействия потенциального (А) интеллекта с окружающей средой (Хебб Д., 1974). Второе направление предполагает такое происхождение интеллекта, при котором основным механизмом его раскрытия являются обучение, средовые воздействия в более широком смысле. Однако можно представить и такой подход, по которому для каждого развивающегося индивида существуют ограничения, связанные как с наследственными факторами, так и с влиянием среды (эпигенетический подход).

Факторы интеллектуального развития: 1) генетические (наследование интеллектуальных задатков, хромосомные аномалии); 2) эмбриональные факторы (болезни беременной, физические и химические вредности во время беременности); 3) нарушение питания плода; 4) средовые факторы (болезни, питание, психическая стимуляция, число детей в семье, социальное положение).

Интеллектуальный коэффициент (ИК) — показатель интеллектуального функционирования, полученный делением умственного возраста на хронологический возраст и умножением на 100. Причем хронологический возраст — это возраст, исчисляемый по дате рождения. Умственный (психический) возраст — это результат выполнения специально подобранных для каждой возрастной группы заданий, которые успешно выполняются большинством из них. ИК выражают в усредненных статистических показателях с помощью специальных психологических тестов (Векслера, Равена, Стэнфорд—Бине и др.). Вербальный интеллект оценивают с помощью вербальных методик. Невербальный интеллект выявляется на невербальных методиках. ИК не может быть универсальным и достаточным показателем, так как он не учитывает тренируемости, изучаемых свойств интеллекта и не отражает его структуру.

НАРУШЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА

Слабоумие — стойкое, как правило, необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок (дефект интеллекта). Оно проявляется в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и в изменении поведения.

Врожденное слабоумие

Психическое недоразвитие, умственная отсталость, олигофрения — общее, выраженное в той или иной степени недоразвитие психики (недоразвитие интеллекта). Оно обуславливается наследственными, врожденными и рано приобретенными факторами (в возрасте до трех лет). Проявляется в неспособности к абстрактному мышлению, недоразвитии речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений и фантазий, слабости памяти, ограниченном запасе приобретенных знаний, незначительных возможностях их приобретения. Эмоции бедны и могут исчерпываться удовлетворением физических потребностей.

Степени врожденного слабоумия:

1. Легкая умственная отсталость (дебильность) — (ИК 50—69). Ограничена способность к абстрактному мышлению, в связи с этим дети могут окончить лишь начальную школу по специальной программе. Осваивают некоторые специальности, но получают только низкую квалификацию. При эмоциональной и социальной незрелости не справляются с требованиями брачной жизни или воспитания детей.
2. Умеренная умственная отсталость (имбецильность) — (ИК 35—49). Медленно развивается понимание и использование речи, отстает развитие навыков самообслуживания и моторики, часть больных осваивает основы чтения, письма и счета и приобретает некоторые умения. Они овладевают простой работой и выполняют ее под надзором. Независимое проживание невозможно, но участвуют в простейших социальных занятиях.
3. Тяжелая умственная отсталость (тяжелая имбецильность) — (ИК 20—34). Больные овладевают навыками самообслуживания неполностью. Даже основы школьных умений им не доступны. Если и овладевают некоторыми элементарными трудовыми процессами, то нуждаются в постоянном надзоре. Имеются моторные нарушения и слабое развитие речи. Этиология — органическое поражение мозга.
4. Глубокая умственная отсталость (идиотия) — (ИК ниже 20). У одних больных не развиваются даже предпосылки интеллекта. Они не осваивают никаких навыков, обладают двумя-тремя элементарными эмоциями, речь не развивается. У других — ограниченная способность к пониманию или выполнению требований и инструкций. Они неподвижны или ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, не способны заботиться о своих основных потребностях, нуждаются в постоянной помощи и уходе.

Приобретенное слабоумие (деменция)

Частичное разрушение психики (интеллекта), вызываемое болезнями или повреждением мозга. Сопровождается нарушением памяти, языка, речи, суждений, познавательных способностей, аффективных проявлений пространственной ориентации и моторных умений. Как правило, слабоумие необратимо, лишь в некоторых случаях при устранении причины возможно улучшение. В основе нарушения — более или менее распространенные поражения кортикальных функций, подтверждаемые неврологическим и электроэнцефалографическим исследованиями, компьютерной и магнитно-резонансной томографией.

Степени тяжести деменции:

1. *Легкая.* Рабочая и социальная активность ухудшены, однако остается способность к самостоятельной жизни, самообслуживанию и относительно ненарушенным суждениям.

2. *Умеренная.* Независимая жизнь затруднена, требуется некоторый уход и поддержка.

3. *Тяжелая.* Так как повседневная активность и самообслуживание нарушены, требуется постоянный надзор. У большинства больных грубо расстроены речь и суждения.

4. *Тотальная (глобарная) деменция* охватывает глубоко всю психику, включая интеллект и память, при ней наблюдается резкое снижение или отсутствие критики, замедленность психических процессов, общее снижение личности больного до полной утраты индивидуальных особенностей. При этом виде слабоумия имеются диффузные поражения коры головного мозга.

Виды тотальной деменции:

Паралитическая деменция характерна для прогрессивного паралича и проявляется в быстром исчезновении критики к своим словам и поступкам, в выраженной слабости суждений, в нелепых, чуждых личности больного поступках, нетактичных высказываниях, сексуальных эксцессах. Индивидуальные особености личности нивелируются, больной становится грубым, держится стойкая эйфория, пропадает интерес к работе, к семье. Довольно быстро наступает полный распад личности.

Сенильная деменция связана с атрофией головного мозга у некоторых людей старческого возраста. Начинает проявляться чертами характера, ранее не свойственными больному (скупость, жестокость), или утрированием ранее умеренно выраженных (властность, заносчивость). Утрачиваются прежние интересы, появляются пассивность, эмоциональное обеднение, нарастают расстройства памяти (синдром Корсакова, нарушение сохранения информации). Больные не могут сдерживать свои влечения, становятся гиперсексуальными, грубыми, циничными, крохоборами (собирают старые тряпки, гвозди и другие ненужные предметы).

Частичная (лакунарная, дисмнестическая) деменция характеризуется неравномерностью выпадения интеллектуальных функций, замедлением интеллектуальных процессов, снижением сообразительности, преобладанием различных нарушений памяти. Личность остается в известной мере сохранной, расстройство критики выражено слабее, сохраняются профессиональные навыки, имеет место эмоциональное недержание, слезливая беспомощность, легко возникающая растерянность. При этом виде деменции имеются очаговые повреждения коры головного мозга.

Виды частичной деменции:

Эпилептическая деменция — следствие неблагоприятно протекающей эпилептической болезни. Она характеризуется замедлением психических процессов, снижением уровня мыслительной деятельности, патологической обстоятельностью мышления, ослаблением памяти, амнестической афазией. Речь обедняется, растягивается, заполняется словесными штампами, появляются уменьшительно-ласкательные слова. Сужается круг интересов до забот о собственном здоровье и благополучии. Могут появиться слащавость, угодливость, льстивость, мелочной педантизм, подобострастие, заносчивость, скупость и т. д. Имеют место взрывчатость, обидчивость, злопамятность, мстительность. У части больных обнаруживается ханжество, показное благочестие, набожность.

Сосудистая (атеросклеротическая) деменция возникает при атеросклеротическом поражении головного мозга. Ядро личности при ней долго остается отно-

сительно сохранным, начальные признаки — нарушение запоминания с сохранной критикой, поэтому больной старается компенсировать свой дефект записями, узелками на память и т. д. Рано появляется эмоциональная лабильность, взрывчатость. Все же больные длительно остаются тактичными, следят за своим внешним видом, проявляют неподдельный интерес к жизни семьи и общества. Если деменция развивается после инсульта, то вскоре появляются грубые нарушения памяти, осмысления, речи (афазия), насильственный смех, плач, неврологические симптомы.

Травматическая деменция является следствием физической травмы головного мозга. Клиническая картина зависит от тяжести и локализации повреждения. При лобно-базальном поражении появляется клиническая картина, напоминающая прогрессивный паралич. Поражение передних отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления и речи, нарушением поведения. Поражение височных долей может повлечь за собой нарушения, напоминающие таковые же при эпилептическом слабоумии.

Алкогольная деменция, наблюдающаяся при алкогольном поражении мозга, чаще всего выражается синдромом Корсакова.

Шизофреническая деменция характеризуется диссоциацией между неспособностью уловить реальное значение житейских ситуаций и удовлетворительным состоянием абстрактно-логического мышления (ситуационное слабоумие). Знания, навыки и комбинаторные возможности не могут быть использованы в жизни из-за аутистической оторванности от реальности, а также из-за аспонтанности и апатии. В то же время грубых нарушений памяти не выявляется, сохранны также приобретенные навыки, знания и суждения.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция) — реакция личности на психотравмирующую ситуацию, угрожающую ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия. Характерны нелепые мимо-ответы и мимо-действия в элементарных ситуациях (например, на вопрос подростку: «Сколько Вам лет?» — ответ: «три годика»). Поведение настолько демонстративно нарочитое и не приводящее ни к какой выгоде, что не вызывает сомнения о психическом расстройстве. Это расстройство — «бегство в болезнь» — обычно реакция слабой или истероидной личности при необходимости нести ответственность за свое неблаговидное поведение: например, в ситуации судебного преследования за правонарушение. Псевдодеменция — транзиторное слабоумие, т. е. такое нарушение, при котором, в отличие от предыдущих, впоследствии происходит исчезновение симптомов.

Состояние снижения психического уровня (снижение уровня личности) — легкая форма ослабления психической деятельности, выражающаяся в стойком падении активности, энергии, в сужении кругозора, в утрате большинства прежних интересов, в явном побледнении индивидуальности. Сопровождается повышенной утомляемостью, падением работоспособности, раздражительной слабостью. Нарушения памяти незначительны. Могут быть усилены влечения.

НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Интеллект ребенка, как правило, оценивают с целью решения вопроса о его обучаемости. Однако после его направления в соответствующее образовательное учреждение необходимо иметь в виду, что отдельные способности и весь интеллект в целом способны к изменениям. Эти изменения либо спонтанны, либо же зависят от стимуляции в процессе обучения. Желательно это учитывать, с тем чтобы строить всю учебно-воспитательную работу под контролем развития ученика. Поддерживать те способности, которые того требуют, и усовершенствовать

наиболее выдающиеся качества интеллекта. Нельзя исключать также и возможность снижения уровня интеллектуального функционирования как под влиянием текущих заболеваний, так и вследствие случайных повреждений головного мозга (ушибов, сотрясений). В этих случаях воспитательный и педагогический процесс должен проходить при участии врача и психолога. Существует также возрастная негативная динамика интеллектуальных изменений. Она связана в первую очередь с пубертатным кризом, но может быть и в другие критические периоды формирования личности. Особенно большое снижение интеллектуального уровня наблюдается у умственно отсталых подростков. Последние в это время требуют специального внимания и поддержки. У детей и подростков, страдающих последствием перенесенного органического поражения головного мозга, например детским церебральным параличом, способности развиты очень неравномерно. В связи с этим при их изучении нельзя полагаться только на показатель ИК. Его следует обязательно уточнить, используя нейропсихологические методики. У многих умственно отсталых недоразвитие интеллекта также неравномерно, а у некоторых встречаются и отдельные выдающиеся способности (счетные, музыкальные, касающиеся механической памяти). Выявление этих особенностей психики умственно отсталых и других детей с проблемами в развитии возможно лишь при целенаправленном изучении их способностей. Обнаруженные у ученика интеллектуальные качества, выдающиеся над общим уровнем умственной отсталости, должно быть использованы в обучении и абилитации, так как это дает дополнительный шанс для приспособления к условиям жизни.

Тест

1. Сенсорная память:
а) действует на уровне рецепторов;
б) действует меньше одной секунды;
в) лежит, в частности, в основе последовательных образов;
г) все ответы верны.

2. Кратковременная память:
а) длится до 2 мин;
б) обладает емкостью, не превышающей 11 элементов;
в) позволяет долго помнить телефонный разговор;
г) все ответы неверны.

3. Долговременная память:
а) обладает ограниченной емкостью;
б) обладает практически неограниченной длительностью;
в) более развита у пожилых лиц;
г) все ответы верны.

4. Нарушения памяти — это:
а) нарушения запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта;
б) нарушение ассоциативного процесса;
в) изменения рационального познания, умозаключений, критических способностей;
г) все ответы верны.

5. Антероградная амнезия — это:
а) общее снижение памяти;
б) провал памяти, возникающий на события после заболевания;
в) провал памяти, возникающий на события до заболевания.

6. Ретроградная амнезия — это:
а) общее улучшение памяти;
б) провал памяти, возникающий на события до заболевания;
в) общее снижение памяти.

7. Псевдореминисценция — это:
а) ошибочное воспоминание — смещение реальных событий во времени;
б) вымысел, заполняющий пробелы в памяти;
в) фиксационная амнезия.

8. Конфабуляция — это:
а) вымысел, заполняющий пробелы в памяти;
б) ошибочное воспоминание — смещение реальных событий во времени;
в) общее снижение памяти.

9. Синдром Корсакова — это:
а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;
б) синдром, характеризующийся нарушением воспроизведения;
в) сочетание эмоциональной лабильности, нарушений памяти и интеллекта органического происхождения.

10. Синдром инфантильного расстройства памяти — это:
а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;
б) сочетание эмоциональной лабильности, нарушений памяти и интеллекта органического происхождения;
в) синдром, характеризующийся нарушением воспроизведения.

11. Интеллектуальный коэффициент — это:
а) количественный показатель интеллектуального развития;
б) оценка навыков, полученных в течение жизни;
в) характеристика имеющихся знаний.

12. Степени умственной отсталости — это:
а) показатель выраженности психического недоразвития: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость;
б) характеристика типа интеллектуального дефекта: тотальный, частичный;
в) этиология возникновения умственной отсталости: наследственная, врожденная, приобретенная.

13. Деменция — это:
а) приобретенное слабоумие;
б) врожденное слабоумие;
в) тяжелое нарушение памяти.

14. Виды (типы) деменции:
а) дебильность, имбецильность, идиотия;
б) тотальная деменция, частичная деменция;
в) амнезия, гипермнезия, гипомнезия, парамнезия.

15. Псевдодеменция — это:
а) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия;
б) сочетание фиксационной амнезии, псвдореминисценций и конфабуляций;
в) преобладание нарушений памяти и эмоциональная лабильность на фоне сохранного ядра личности.

16. Алкогольная деменция — это:

а) преобладание нарушений памяти и эмоциональной лабильности на фоне сохранного ядра личности;

б) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;

в) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия.

17. Сосудистая деменция — это:

а) сочетание фиксационной амнезии, псевдореминисценций и конфабуляций;

б) преобладание нарушений памяти и эмоциональной лабильности на фоне сохранного ядра личности;

в) реакция личности на угрозу ее социальному статусу в виде мнимого слабоумия.

Глава 9. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА В НОРМЕ

Эмоция — отражение мозгом человека какой-либо актуальной потребности и возможности ее удовлетворения, т. е. переживание степени удовлетворенности биологическими или социальными потребностями. Это субъективное отношение к окружающей среде и к себе.

Прогнозирование вероятности достижения цели у человека может либо осознаваться, либо не осознаваться. Возрастание вероятности достижения цели в результате поступления новой информации порождает положительные эмоции, они активно усиливаются субъектом с целью их увеличения, продления. Падение вероятности реализации потребности по сравнению с ранее имевшимся прогнозом ведет к отрицательным эмоциям, которые субъект стремится ослабить или прекратить. Эмоция позволяет быстро оценить значимость ситуации и мобилизовать ресурсы личности на активные действия с целью сохранения себя.

Нейрофизиологический механизм

Эмоция — активное состояние системы специализированных мозговых образований (лимбической системы, гипоталамуса, коры головного мозга), побуждающих субъекта изменить поведение в направлении максимализации или минимализации этого состояния. В реализации положительных и отрицательных эмоций различна роль доминантного и субдоминантного полушарий головного мозга. Эмоции проявляются и во внутренних переживаниях, и в поведении, и то и другое связано с физиологической активацией.

Классификация эмоций

1. *Элементарные*, так называемые *физические чувствования,* — эмоции удовольствия и неудовольствия, связанные с органическими потребностями. Они — тон или окраска отдельного ощущения (голод, жажда) или общего самочувствия индивида (беспредметная тоска, тревога, радость).

2. *Предметные чувства* — осознанные переживания отношения к миру, дифференцирующиеся в зависимости от того предмета, к которому относятся. Они связаны с духовными потребностями и подразделяются на интеллектуальные (познавательный интерес), эстетические (переживание прекрасного) и моральные (возмущение безнравственным поступком какого-либо лица).

3. *Обобщенные мировоззренческие чувства* включают интеллектуальный компонент и выражают более или менее устойчивые установки личности. Это чувство юмора, иронии, чувство возвышенного, трагического и т. п.

Аффект — мгновенный, стремительно и бурно протекающий эмоциональный разряд (ярость, ужас, восторг, отчаяние).

Страсть — сильное, стойкое, глубокое и длительное чувство, которое захватывает человека и владеет им (к стяжательству, личной славе, труду, науке, искусству).

Настроение — более или менее длительное общее эмоциональное состояние личности, придающее эмоциональную окраску всей психической жизни и обусловленное совокупностью факторов: органическим самочувствием, тонусом жиз-

недеятельности, взаимоотношениями с окружающими людьми и оценкой личной и общественной жизни. Настроение — бессознательная оценка личностью того, как на данный момент складываются для нее обстоятельства (Рубинштейн С. Л., 1946). Например, тревожное настроение заставляет воспринимать все под знаком страха, отовсюду ожидать опасности.

Эмоции делятся на *положительные* (удовольствие, радость, восхищение, любовь) и *отрицательные* (неудовольствие, горе, страх, печаль, ненависть). Различают также *стенические чувства* (гнев, радость), повышающие жизненный тонус, побуждающие к деятельности, и *астенические чувства* (печаль, смущение, страх), снижающие жизнедеятельность, ослабляющие энергию. Чувства могут быть разной степени интенсивности, стойкости и глубины. Переживание эмоций сопровождается напряжением и последующим облегчением.

Возрастные особенности

Несмотря на то что уже в утробе матери у плода появляются первые эмоциональные реакции, у новорожденного отмечаются лишь рудиментарные проявления эмоций. Первоначально они связаны с удовлетворением органических потребностей (голода, недомогания, неудобного положения, холода), постепенно с усложнением потребностей усложняются и эмоции. Рано у младенца появляется страх на изменение обстановки, громкий звук, потерю равновесия. Эмоции и чувства детей в раннем возрасте быстро и бурно возникают, но столь же быстро и исчезают. До 3-летнего возраста преобладают эмоции, обусловленные биологическими потребностями, в них особенно выражен соматовегетативный, а не психический компонент.

В связи со становлением самосознания и под влиянием похвал и порицаний у дошкольника возникают нравственные чувства. Вначале представления о плохом и хорошем тесно связаны с личными интересами ребенка и лишь постепенно они определятся общественной полезностью того или иного поступка.

К 10—12 годам чувства занимают в психике ребенка такое же место, как и эмоции, связаннные с удовлетворением физиологических потребностей. К концу периода взросления в основном заканчивается формирование основных высших чувств.

Возрастная незрелость эмоционального реагирования проявляется: 1) элементарностью эмоциональных проявлений; 2) преобладанием положительных эмоций; 3) повышенной эмоциональной лабильностью; 4) рудиментарностью и атипичностью аффективных расстройств; 5) заменой эмоций так называемыми «возрастными эквивалентами» эмоциональных проявлений (соматовегетативными, поведенческими).

Таким образом, основные линии развития чувств в процессе роста ребенка заключаются в уменьшении возбудимости эмоций и возрастании устойчивости чувств, которые становятся более дифференцированными и объективированными, а также в расширении и, главное, изменении круга предметов и явлений, вызывающих чувства.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В норме эмоциональные проявления постоянно меняются по стойкости, глубине, интенсивности, продолжительности, легкости возникновения, зависимости от внешних обстоятельств или физического состояния. Эти изменения могут оказаться не связанными с очевидными жизненными трудностями, соматическим здоровьем, продолжаться длительное время, быть либо очень стойкими и продолжительными, либо крайне интенсивными. В этих случаях, как правило, имеет место патология аффективной сферы. Различают изменения уровня чувственной сферы, изменения настроения, изменения эмоциональной реактивности.

Изменения уровня чувственной сферы

Эти изменения проявляются двумя группами расстройств: регрессом чувств и прогрессом чувств.

Регресс чувств наблюдается, например, при выраженном шизофреническом дефекте в форме исчезновения высших (предметных и мировоззренческих) чувств и преобладания низших (элементарных) чувств, вытекающих из органических потребностей.

Прогресс чувств встречается реже, например у некоторых психопатических личностей, и характеризуется доминированием высших (предметных и мировоззренческих) чувств, т. е. чувств морального, эстетического удовлетворения, личного достоинства и др.

Изменения настроения

Они обнаруживаются у больных в виде повышенного (гипертимия) и пониженного (гипотимия) настроения.

К разновидностям *болезненно повышенного настроения* относятся гипомания, мания, эйфория, мория, экстаз.

Гипомания, или гипоманиакальное настроение, характеризуется повышенной деятельностью, сочетающейся с разбросанностью в поступках, веселостью, повышенной общительностью, остроумием, предприимчивостью и уверенностью в себе.

Мания, или маниакальное настроение, проявляется триадой расстройств: повышением настроения, ускорением психической деятельности и увеличением темпа двигательной активности.

Радостное настроение не омрачается ни при печальных событиях, ни при страшных известиях, ни при неудачах. Забываются прошлые неприятности и несчастья. Будущее представляется радужным и полным перспектив. Собственное соматическое состояние оценивается как превосходное. Переживается прилив энергии, который реализуется в повышенной активности. Возникающие планы и желания кажутся реальными и легко осуществимыми. Повышается чувство собственного достоинства. Обычно легко появляется переоценка профессиональных, физических и умственных способностей. Из-за завышения оценки своих творческих возможностей облегчается создание проектов и конструкций, рисование, декламирование, сочинение стихов, рассказов, песен и т. д. Наряду с мыслями о переоценке своих способностей могут быть и бредовые идеи гениальности, величия, физического превосходства.

Необычная психическая активность проявляется нескончаемой говорливостью, постоянным стремлением распевать песни, во весь голос читать стихи, приказывать окружающим, переругиваться с теми, кто пытается успокоить и усовестить, а также остановить их поток красноречия и актерские порывы. Все это сочетается с неуемной и, как правило, неупорядоченной и неутомимой деятельностью: неуклюжими попытками помощи окружающим, неуместным вмешательством в профессиональные обязанности тех, кто лечит и ухаживает за больным, танцами, физическими упражнениями и т. д. Растормаживается сексуальное влечение, постоянно наблюдаются назойливые приставания к лицам противоположного пола, откровенные предложения, непристойные жесты, а иногда и сексуальная агрессия. Другие органические потребности, такие как голод и жажда, резко повышены. Больные прожорливы, много пьют, нуждаются только в нескольких часах сна.

В детском возрасте вместо типичной триады отмечаются смешанные, нерезко очерченные гипомании, проявляющиеся в повышенной веселости, чрезмерной подвижности с капризностью, непослушанием, дурашливостью, завышенной самооценкой, с фрагментарными идеями величия и признаками расторможенности

влечений. Если мания сочетается с астеническим состоянием, то отмечаются повышенная утомляемость, истощаемость, головные боли, нарушение сна, снижение аппетита. При возникновении маниакального состояния на фоне органического поражения ЦНС могут быть монотонность поведения, назойливость, эмоциональная лабильность и гневливость. У детей младшего возраста мания может ограничиться рудиментами эмоциональных расстройств и в большей степени в форме усиления элементарных влечений (повышение аппетита, сексуальности и др.).

Эйфория — благодушное, полное удовлетворенности и довольства, беззаботное настроение без оживления идеаторных процессов и стремления к деятельности, некритичное состояние, возникающее обычно на фоне более или менее выраженного интеллектуального дефекта. Наблюдается у людей с явным психическим недоразвитием, с опухолями головного мозга, при прогрессивном параличе, сифилисе мозга, атеросклерозе сосудов головного мозга. Кратковременная эйфория может быть при опьянении алкоголем или наркотиками.

Мория — немотивированное повышенное настроение, сочетающееся с нелепостью и дурашливым поведением при наличии интеллектуального снижения. Отмечается при органическом поражении или опухолях лобных долей головного мозга.

Экстаз — напряженное переживание блаженства, необычайного счастья, высшей степени восторга до исступленного восхищения, нередко с сужением сознания. Может быть при эпилептических расстройствах (аурах, припадках).

Болезненно пониженное настроение наблюдается в форме субдепрессии, депрессии, дисфории, тревоги, страха.

Субдепрессия — нерезко выраженное понижение настроения, при нем обычно преобладают вялость, слабость, угнетенность. Встречается часто при психотических и невротических расстройствах.

Депрессия — характерная особенность — триада признаков: подавленное настроение, замедление психических процессов, двигательная заторможенность.

Степень выраженности сниженного настроения может различаться в значительных пределах: от легкой печали, тоскливости до глубокой тоски и отчаяния.

Во многих случаях имеются соматические проявления депрессии: тягостные ощущения в груди (давления, сжатия), в верхней части живота, голове.

Замедление ассоциативных процессов может приводить к полному отсутствию каких бы то ни было мыслей или сосредоточению на одной идее (обычно о виновности, малоценности, греховности, самоубийстве).

Больные малоподвижны, неактивны, подолгу находятся в одном и том же положении, сидя в стороне от всех или лежа в течение всего дня, не поднимаясь с постели. В тяжелых случаях развивается ступор, при котором больные полностью заторможены, не двигаются, не отвечают на вопросы, не выполняют инструкций и просьб, а иногда и отказываются от приема пищи. Обычно наибольшая тяжесть подавленного настроения, двигательная скованность, разбитость и минимум активности приходятся на утро, к вечеру состояние улучшается значительно.

Бессонница или поверхностный сон, значительное снижение аппетита, запоры, расстройство сердечно-сосудистой системы, как правило, сопутствуют аффективным нарушениям.

У детей каждый из компонентов депрессии выражен меньше. Сниженное настроение может сочетаться с двигательным беспокойством, тревогой, плаксивостью, говорливостью и рудиментами идей самообвинения. У дошкольников и младших школьников депрессии чаще проявляются страхами, капризностью, вялостью, эмоциональной неустойчивостью и соматическими расстройствами (нарушениями сна, энурезом, болями в животе, снижением аппетита) или реже злобностью, агрессивностью.

У подростков депрессия очерчена чаще, чем у взрослых, сочетается с тревогой, двигательным возбуждением, нарушениями поведения.

Дисфория — напряженно-злобное или мрачно-недовольное подавленное настроение, возникающее при органических (травматических) поражениях мозга и эпилепсии.

Тревога — аффект напряженного переживания смутной, неопределенной, беспредметной опасности, катастрофы. Может сочетаться с недоверчивостью, настороженностью, внутренним беспокойством, нарушением целесообразной деятельности, суетливостью, беспорядочными метаниями, изменчивой мимикой, беспокойным взглядом, сбивчивой речью, учащенными сердцебиениями, прерывистым дыханием, холодным потом, бледностью, расширением глаз и зрачков, непроизвольным мочеиспусканием. Это широко распространенное расстройство, наблюдающееся при психозах и в более легкой форме при неврозах (навязчивостей) и психопатиях (психастенической, сенситивной).

Страх — напряженное переживание угрожающей опасности для жизни, связанной с определенными явлениями, предметами или людьми. Частый признак неврозов (страх высоты, незнакомца, заболевания, школы и т. д.) и других психических расстройств.

Изменения эмоциональной реактивности

Нарушения выраженности (силы) чувств:

1. *Патологический аффект* — бурная эмоциональная реакция, не соответствующая по своей силе вызвавшему ее стимулу. На высоте аффекта отмечается сужение сознания, неадекватное, часто агрессивное или разрушительное поведение. Завершается амнезией. Нередкое проявление травматического или другого органического поражения мозга.

2. *Эмоциональная гиперестезия (сенситивность)* — чрезмерная чувствительность, ранимость, неуверенность в своих физических силах и психических способностях, обостренность реакций, преувеличенная совестливость, склонность к сомнениям, застреванию на своих переживаниях. Характерна для сенситивной психопатии.

3. *Эмоциональная гипестезия* — вялость эмоциональных реакций, черствость, отсутствие сострадания, холодность, последствие сильного шокового воздействия (землетрясения) или результат тяжелой астении.

4. *Апатия* — отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и к окружающим, а также к происходящим событиям. Сочетается с вялостью побуждений. Один из основных симптомов при шизофрении, может быть также при органическом поражении мозга, тяжелых астениях.

5. *Эмоциональная тупость* — эмоциональное обеднение, исчезновение эмоциональной откликаемости, абсолютное равнодушие, безразличие к родным и близким, отсутствие способности реагировать на любые события, даже серьезно влияющие на судьбу больного. Никакими стимулами невозможно вызвать проявления чувств. Утрата интереса к самому себе, своему социальному статусу и здоровью. Необратимое состояние, типичное для шизофренического или глубокого органического дефекта психики (при прогрессивном параличе).

Нарушение устойчивости чувств:

1. *Эмоциональная лабильность* — неустойчивость настроения, склонность к его колебаниям, легкость и быстрота перехода от положительных к отрицательным эмоциям и наоборот. Характерна для астенических состояний, сосудистых заболеваний головного мозга.

2. *Взрывчатость (эксплозивность)* — недержание аффектов, склонность к гневной раздражительности иногда с агрессией и разрушительными действиями. Чаще наблюдается при дисфориях (эпилептического, психопатического или травматического происхождения) и проявляется бурными аффектами, неадекватными ситуации.

3. *Тугоподвижность эмоций* — неспособность переключаться с одной эмоции на другую — «застревание» на одной из эмоциональных реакций. Свойственна эпилепсии.

Извращение чувств:

1. *Амбивалентность* — одновременное сосуществование противоречивых (приятных и неприятных) чувств по отношению к событию, предмету, человеку, склонность отвечать на внешние стимулы двойственно, антагонистической реакцией. Типично для больных шизофренией.

2. *Эмоциональная неадекватность* — несоответствие чувств внешним обстоятельствам (ситуации), их вызвавшим. Наблюдается при шизофренических изменениях личности.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ И КОРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Постоянные эмоциональные изменения под влиянием меняющейся обстановки, в связи с появлением новых ощущений в теле и представлений, свойственны нормальной детской психике. Диапазон же этих изменений может колебаться от обычных, зависящих от внешних обстоятельств, до патологических, отражающих наличие психических расстройств. При этом педагогам и воспитателям трудно судить о степени тяжести эмоциональных колебаний в первую очередь потому, что дети не умеют правильно оценивать свои переживания, и во вторую очередь потому, что внешние проявления не всегда соответствуют их глубине. В то же время выявление этих отклонений очень важно — они могут быть показателем и легких преходящих проявлений невротических расстройств, и начальных симптомов более серьезных заболеваний (психосоматических болезней, психозов). У многих детей те или иные эмоциональные отклонения постоянны, так как являются особенностями их аномальной личности следствием менингитов, энцефалитов или перенесенных травм головы. Воспитание этих детей требует учета их ранимости, обидчивости, непереносимости фрустраций, застреваемости на отрицательных эмоциях и т. д. Предупреждение аффективных вспышек, проявлений эмоциональной лабильности и других эмоциональных отклонений может позволить оптимизировать воспитательный и учебный процесс. Все это имеет особое значение при воспитании возбудимых детей, склонных к аффектам. У детей с проблемами в развитии (умственно отсталых, с сенсорными дефектами и др.) такой подход необходим, только постоянное смягчение эмоционального напряжения может дать эффект в коррекционно-педагогическом процессе. Приходится иметь в виду, что у детей и подростков снижение настроения не только препятствие для успешного освоения учебного труда и адекватной оценки своих возможностей, но и вероятная причина появления суицидальных мыслей, намерений и поступков. Отсюда следует вывод о необходимости самого внимательного отношения к появляющимся у учеников субдепрессиям и тем более депрессиям. В каждом случае депрессии необходимо попытаться выявить истинную причину ее появления и проконсультироваться с психоневрологом. К сожалению, еще большую трудность испытывают воспитатели при необходимости оценить вероятность болезненного происхождения повышенного настроения у детей и подростков и в связи с этим степень его серьезности. Распознаванию может помочь учет внезапности возник-

новения, беспричинности отклонения, его продолжительности и абсолютной неподатливости педагогическим мерам воздействия. Если выяснится болезненный характер нарушений, то направление к психоневрологу обязательно.

Тест

1. Мания — это:
а) болезненно повышенное настроение с ускорением течения мыслей и усилением активности;
б) болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью;
в) благодушное состояние.

2. Депрессия — это:
а) недовольное, злобно-тоскливое настроение;
б) болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью;
в) переживание неопределенной, беспредметной опасности, с недоверчивостью, внутренним беспокойством;

3. Тревога — это:
а) несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;
б) переживание неопределенной, беспредметной опасности, с недоверчивостью, внутренним беспокойством,
в) недовольное, злобно-тоскливое настроение.

4. Экстаз — это:
а) напряженное переживание блаженства, необычайного счастья, высшей степени восторга, нередко с сужением сознания;
б) благодушное состояние;
в) болезненно повышенное настроение с ускорением течения мыслей и усилением активности.

5. Апатия — это:
а) несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;
б) отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и к окружающим, а также к происходящим событиям;
в) одновременное сосуществование противоречивых чувств.

6. Амбивалентность — это:
а) одновременное сосуществование противоречивых чувств;
б) несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;
в) недовольное, злобно-тоскливое настроение.

7. Дисфория — это:
а) переживание неопределенной, беспредметной опасности, с недоверчивостью, внутренним беспокойством;
б) недовольное, злобно-тоскливое настроение;
в) болезненно пониженное настроение с замедлением течения мыслей и заторможенностью.

8. Эмоциональная неадекватность — это:
а) несоответствие чувств внешним обстоятельствам, их вызвавшим;
б) одновременное сосуществование противоречивых чувств;
в) отсутствие эмоций, равнодушное отношение к себе и к окружающим, а также к происходящим событиям.

Глава 10. РАССТРОЙСТВА ВОЛИ И ВНИМАНИЯ

ВОЛЯ В НОРМЕ

Воля — способность человека действовать сознательно и целеустремленно, подавляя непосредственные желания и стремления. В волевом акте различают: 1) возникновение побуждения, осознание цели действия и стремление достичь ее; 2) осознание ряда возможностей достижения цели, колебания между согласием с целью и возражениями против нее; 3) борьбу мотивов и выбор наиболее подходящего способа действия; 4) принятие одного из возможных решений; 5) осуществление принятого решения, побуждение начать действие и довести его до конца.

Нейрофизиологический механизм

Он основывается на рефлексе свободы, названном этологами «мотивацией сопротивления к принуждению», на преодолении конкурирующей потребности, вставшей на пути к удовлетворению какой-либо иной потребности, первично инициировавшей поведение, на возникновении активности, по отношению к которой субдоминантный мотив — препятствие, «внутренняя помеха».

Возрастные особенности

Овладевание основными движениями до 3 лет составляет предпосылку формирования волевых процессов. На начальных этапах воля ребенка — это лишь совокупность желаний. Волевым действие становится лишь тогда (между 2 и 5 годами), когда оно диктуется необходимостью, но не представляет интереса само по себе. Требования и поручения взрослых, участие в домашнем труде, совместные игры детей, учебные занятия развивают волевые действия. Воля воспитывается на преодолении трудностей, примере старших, воздействии сверстников. Таким образом, выделяют 3 степени спонтанности: 1) ранний дошкольный возраст — неосознаность фактически существующего внешнего регулирования и отсутствие внутреннего регулирования поведения; 2) школьный возраст — осознание необходимости подчинения своего поведения правилам при отсутствии подлинной спонтанности; 3) подростковый возраст — подлинная спонтанность. Мотивами волевых действий являются желания, побуждения, стремления. В мотивационную сферу входят и осознаваемые (волевые), и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т. д.).

РАССТРОЙСТВА ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ФОРМЫ)

Расстройства воли могут быть связаны с изменением уровня побуждений к деятельности, степенью осознания цели, т. е. с формированием мотива, с принятием решения и осуществлением действия.

Ослабление (снижение) волевой деятельности

Гипобулия — понижение волевой активности. Связана с ослаблением влечений, в связи с чем падает аппетит, подавляются сексуальные и оборонительные влече-

ния, уменьшается активность. Наблюдается в той или иной степени при умственной отсталости, органических поражениях ЦНС, шизофренических дефектах.

Абулия — крайний вариант снижения волевой деятельности до полного исчезновения всякой активности. Наиболее часто встречается при глубоком шизофреническом дефекте.

Ступор — двигательное оцепенение, проявляющееся в абсолютной или почти полной обездвиженности, с повышением мышечного тонуса. Больной без движения находится в постели, сохраняя одну и ту же позу. Чаще всего — это положение эмбриона (с приведенным к груди подбородком, согнутыми в локтях руками, согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами), иногда другая, даже очень неудобная поза, но никогда не сменяемая самостоятельно. Нет реакций на происходящее вокруг. Себя больной не обслуживает, естественные надобности совершает в постель или удерживает дефекацию и мочеиспускание. Кормить приходится персоналу. Речевое общение невозможно (мутизм).

Субступорозное состояние — заторможенное состояние без полной обездвиженности. При этом возможно застывание в тех или иных позах на короткое время (стоя у постели, с поднятой рукой или ногой). Иногда из этого состояния больного ненадолго удается вывести. Больной частично себя обслуживает, пользуется туалетом, принимает пищу. Отмечается либо очень тихая, односложная речь, либо ее отсутствие.

У детей редко наблюдается ступор с полной обездвиженностью, более характерны его частичные проявления в виде рудиментарных признаков заторможенности и эпизодических удерживаний одной какой-либо позы (застывания с ложкой, поднесенной ко рту, с поднятой рукой при одевании и т. д.).

Как ступор, так и субступорозное состояние наблюдаются при кататонической шизофрении, тяжелой психогенной депрессии или при маниакально-депрессивном психозе.

Усиление (повышение) волевой деятельности

Гипербулия — повышение волевой активности, связанное с усилением влечений. Может проявляться в повышении аппетита, гиперсексуальности, агрессии, активном или даже расторможенном поведении, нередко эти симптомы сочетаются.

Двигательное возбуждение проявляется либо в стремлении к движению, либо в более или менее целесообразных действиях.

Кататоническое возбуждение — однообразно повторяющиеся (стереотипные), бессмысленные движения или импульсивные двигательные акты. У детей младшего возраста может проявляться в виде однообразного бега по кругу, таких стереотипных движений, как подпрыгивание, потряхивание кистями рук и т. д. Более старшие кричат, поют, бранятся, без конца о чем-то говорят, выкрикивают бессвязные фразы.

Маниакальное возбуждение характеризуется целенаправленным, но чрезвычайно активным, подвижным и неутомимым поведением. Выраженность возбуждения может варьировать от такого, при котором возможно даже некоторое увеличение продуктивности, до полной хаотичности в поступках и действиях. Меняется также и речевая активность, от повышенной говорливости до речевой бессвязности. У детей проявления этого состояния могут быть в форме чрезмерной подвижности в сочетании с непослушанием, дурашливостью и расторможением влечений.

Эпилептическое возбуждение, возникающее при дисфории, как правило, провоцируется недовольством больного отношением к нему окружающих. При этом на фоне ярости или гнева появляются агрессия или разрушительные действия.

Последние обычно однообразны и длительно продолжаются. Больной подолгу выкрикивает бранные слова, угрозы, начав драку, не может остановиться, совершая одни и те же удары или действия над жертвой, разрушая попавшееся под руку, без остановки крушит все вокруг одними и теми же движениями.

Тревожное возбуждение — в зависимости от степени выраженности это неспособность усидеть на месте, метание из стороны в сторону, заламывание рук, стремление к самоповреждениям и попытки уйти из жизни, рыдания, стенания, причитания, призывы о помощи, проклятия в адрес судьбы, призывы покарать явных и воображаемых обидчиков.

Извращение волевой деятельности (парабулия)

Сюда относятся: *эхопраксия* — копирование жестов и движений окружающих; *эхолалия* — повторение услышанных слов и предложений; *негативизм (активный или пассивный)* — сопротивление воздействиям извне; *мутизм* — отказ от речи; *стереотипия* — повторение одних и тех же движений или действий; *каталепсия, или восковая гибкость,* — сохранение больным приданной ему позы; *патологическая внушаемость* — беспрекословное подчинение инструкциям окружающих. Все явления парабулии относятся к кататонии и встречаются либо в виде отдельных симптомов, либо в той или иной комбинации при шизофрении.

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Снижение волевой активности в невыраженной степени встречается при аномалиях характера и в этих случаях требует внимания и поддержки со стороны воспитателей. Педагогические меры воздействия у этих детей и подростков должны быть направлены при слабости побуждений на стимуляцию активности, а при чрезмерной активности — на формирование способности управлять своими усиленными влечениями. Отдельные симптомы, наблюдающиеся, например, у умственно отсталых или у других детей с отклонениями в развитии, не могут быть препятствием к их нахождению в специальных учреждениях, но требуют постоянной коррекции воспитательными мерами. Выраженные проявления нарушения воли, встречающиеся при психических заболеваниях, требуют безотлагательного консультирования с психиатром и при необходимости — лечения.

ВНИМАНИЕ В НОРМЕ

Внимание — произвольная или непроизвольная избирательная направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте, значимом в данный момент.

Нейрофизиологический механизм

Внимание развивается на базе ориентировочного рефлекса, направленного на создание в организме условий для восприятия изменений во внешней среде. Проявляется в локальной активации (оптимальной деятельности) определенных мозговых структур, принимающих участие в той или иной деятельности, и торможении остальных, «не работающих» функциональных систем мозга.

Классификация

Внимание может быть *непроизвольным,* или *пассивным,* являющимся автоматической рефлекторной реакцией, и *произвольным,* или *активным,* т. е. сознательным, целенаправленным сосредоточением на определенном объекте при отключении от других событий и явлений. Выделяют избирательность, объем, устойчивость, возможность распределения и переключаемость внимания. Внимание

может быть направлено как на внешние (игрушки, книги, сверстники), так и на внутренние объекты (на свои ощущения, мысли, чувства).

Возрастные особенности

Зачатки активного внимания появляются уже на первом году жизни в управлении органами чувств и в играх. Особенность детского внимания — подвижность, легкость перехода от одного объекта к другому. У дошкольников особенно легкая отвлекаемость. Произвольное внимание формируется в дошкольном возрасте в связи с общим возрастанием роли речи в регуляции поведения ребенка. Внимание у ребенка почти всегда привлечено внешними событиями и обращено не на суть, а на поверхность явления. У школьников по сравнению со взрослыми внимание более подвижно, неустойчиво и отличается особенно легким привлечением к эмоционально окрашенным раздражителям. Для привлечения и особенно удерживания внимания детей требуется интерес, эмоционально окрашенное занятие, в противном случае они легко отвлекаются.

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Нарушение внимания — патологическое изменение направленности, избирательности психической деятельности. Различают следующие *формы нарушений внимания.*

Отвлекаемость — невозможность сосредоточиться на нужном объекте, поверхностность и неустойчивость внимания, обусловленная ослаблением активного и преобладанием пассивного внимания. Отмечается при мании, слабоумии, детском аутизме.

Апрозексия — полная невозможность сосредоточения, может наступить при некоторых расстройствах сознания, поражениях лобных отделов мозга, атонической форме умственной отсталости, ранней детской шизофрении.

Прикованность — неспособность переключиться на другие события. Это может быть при депрессии, когда все мысли сконцентрированы на психотравмирующем событии, или ипохондрии, при которой невозможно отвлечься от симптомов серьезной или воображаемой болезни.

Истощаемость внимания — снижение способности к длительному сосредоточению на определенном объекте. Наблюдается как при астении, так и при минимальных дисфункциях мозга, а также при более грубых органических поражениях ЦНС.

Сужение объема внимания — неспособность удерживать в зоне произвольной целенаправленной психической деятельности достаточно большое число объектов и оперировать ими. Встречается при прогрессивном параличе.

Тугоподвижность внимания — неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта на другой, застреваемость на одном из воспринимаемых событий или предметов. Характерна для больных эпилепсией.

При *модально-неспецифических* нарушениях внимания страдает сосредоточение на слуховых, зрительных и любых других объектах. Это случается, например, при поражении лобных долей коры головного мозга. Модально-специфические нарушения внимания проявляются его расстройством в одной из областей психики. Так, при поражении зрительной области коры головного мозга нарушается зрительное внимание, при поражении височной области — слуховое.

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Ранимость внимания известна — оно может пострадать при самых легких соматических заболеваниях. При подъеме температуры, физической слабости на-

рушения внимания всегда имеют место. Отвлекаемость и истощаемость внимания могут явиться одними из первых симптомов инфекционных и других болезней, таким образом предупреждая воспитателей и педагогов о необходимости снижения нагрузки, а то и о полном освобождении от занятий. В то же время отвлекаемость, истощаемость и другие нарушения внимания могут быть особенностями психики детей с хроническими (ревматизм) или часто повторяющимися болезнями (ангины), детей, перенесших в прошлом травмы головы или менингиты, страдающих неврозами или имеющих аномальное развитие личности. Все эти дети требуют коррекционно-педагогического подхода: оживления занятий за счет их большей эмоциональной насыщенности, переключения на другие темы, предоставления более частого отдыха и т. д. Большую трудность для обучения представляют дети с задержкой психического развития, умственной отсталостью, с детским церебральным параличом, с сенсорными дефектами, страдающие нарушенным вниманием. Без коррекции последнего невозможно продуктивно обучать этих детей. Исправление основного (интеллектуального, сенсорного) дефекта также не будет эффективным без учета этого обстоятельства. Особенную сложность для педагогов и воспитателей представляют те дети, у которых нарушения внимания — один из основных и тяжелых симптомов (детский аутизм, атоническая форма умственной отсталости). В этих случаях обучение превращается в процесс, при котором привлечение внимания — основа для усвоения любых навыков.

Тест

1. Гипобулия — это:
а) понижение волевой активности;
б) повышение волевой активности;
в) двигательное оцепенение, проявляющееся в обездвиженности с повышением мышечного тонуса.

2. Ступор — это:
а) полное исчезновение всякой активности;
б) двигательное оцепенение, проявляющееся в обездвиженности с повышением мышечного тонуса;
в) повышение волевой активности, связанное с усилением влечений.

3. Гипербулия — это:
а) повышение волевой активности, связанное с усилением влечений;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) повторение услышанных слов и предложений.

4. Негативизм — это:
а) сопротивление воздействиям извне;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) повторение услышанных слов и предложений.

5. Эхолалия — это:
а) сопротивление воздействиям извне;
б) отказ от речи;
в) повторение услышанных слов и предложений.

6. Эхопраксия — это:
а) повторение одних и тех же движений или действий;
б) копирование жестов и движений окружающих;
в) беспрекословное подчинение инструкциям окружающих.

7. Стереотипия — это:
а) отказ от речи;
б) повторение одних и тех же движений или действий;
в) сохранение больным приданной ему позы.

8. Патологическая внушаемость — это:
а) беспрекословное подчинение инструкциям окружающих;
б) сохранение больным приданной ему позы;
в) повторение услышанных слов и предложений.

9. Апрозексия — это:
а) полная невозможность сосредоточения;
б) неспособность переключиться на другие события;
в) снижение способности к длительному сосредоточению на определенном объекте.

10. Прикованность внимания — это:
а) полная невозможность сосредоточения;
б) неспособность переключиться на другие события;
в) невозможность сосредоточения.

Глава 11. РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

ВЛЕЧЕНИЕ В НОРМЕ

Поведение человека, его сознание определяются не только восприятием реальности, но и жизненными потребностями. Органическое влечение или жизненное чувство — это потребность, от удовлетворения которой зависит сохранение индивида и рода: голод, жажда, половое влечение и др. Влечение — первичное побуждение, чаще всего неосознанное эмоциональное проявление потребности человека в чем-либо. Влечение (драйв) — внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным образом.

Совокупность факторов, формирующих поведение, называют мотивациями, они устанавливают отношение, существующее между действием и причинами, с которыми оно связано. Сознательное переживание биологической, интеллектуальной или эстетической потребности называется желанием.

Побуждение — причина действия или цель, ради которой оно совершено. Различают потребности самосохранения, к которым относятся физиологические (в пище, воде, сне), ориентировочные (познавательные, эмоционального контакта, смысла жизни) и размножения (сексуальные).

Нейрофизиологический механизм

Влечение — сумма центральных функциональных влияний, направляющих поведение человека на удовлетворение основной (в данный момент) потребности. По мере удовлетворения потребности влечение ослабляется. Мотивация — физиологический механизм активирования хранящихся в памяти следов тех объектов, которые способны удовлетворить имеющуюся у организма потребность, и тех действий, которые способны привести к ее удовлетворению.

Возрастные особенности

В детском возрасте влечения реже осознаются. В связи с этим они чаще приводят к импульсивному, необдуманному и не всегда управляемому поведению. Некоторые влечения у детей рудиментарны. В то же время у подростков такое влечение, как половое, достигает большой силы, но не может эффективно управляться в соответствии с требованиями общества.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Условно выделяют болезненно повышенные, извращенные и неодолимые (импульсивные) влечения.

Импульсивные влечения

Импульсивные влечения — остро возникающие непреодолимые стремления к чему-нибудь, реализуемые без их осознания и борьбы мотивов. Они направлены на достижение объективно неприемлемых целей.

Дромомания — непреодолимое стремление к перемене мест, к поездкам, к бродяжничеству. Дети и подростки уходят из дома, школы, интерната, делая это в самый неподходящий момент, не готовятся к этому, не берут с собой еду, деньги. Они

бродят бесцельно по улицам, совершают длительные поездки по городу или уезжают далеко за пределы места проживания. Получив облегчение от реализации порыва, возвращаются сами или не противятся насильственному препровождению в семью. Нередко данное расстройство — это проявление психопатии или связано со стремлением к «утолению сенсорной жажды», т. е. со стремлением восполнить недостаток эмоционального разнообразия в семье или закрытом детском учреждении.

Клептомания — время от времени возникающее непреодолимое влечение украсть ту или иную интересную или лишенную всякой ценности вещь. Став ее обладателем, теряют к ней всякий интерес, выбрасывают, дарят, забывают. Наблюдается при психопатии, органическом поражении мозга.

Пиромания — временами появляющееся непреодолимое стремление к поджогам, играм с огнем (зажигание спичек, разжигание костров). Может быть проявлением расстройств личности, но чаще связана с органическим поражением головного мозга.

Дипсомания — запой, импульсивное влечение к алкогольным напиткам, которое реализуется в ежедневном приеме чрезмерных количеств спиртного и продолжается в течение 1—2 недель до тяжелой интоксикации. В промежутках между запоями нет потребности в спиртных напитках. В основе дипсомании — стремление разрядить дисфории при циклотимической депрессии.

Мифомания — патологическая лживость, обусловленная истероидными психопатическими чертами личности.

Расстройства пищевого влечения

Булимия — сильное повышение аппетита и даже прожорливость. Возникает при тревоге, страхах, чаще при органических поражениях головного мозга.

Полидипсия — повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды. Причина — чаще органическое поражение мозга, иногда связано с психогенным расстройством.

Анорексия — снижение аппетита до его полного исчезновения. Наблюдается при неврозах, психопатиях, реактивном психозе.

Симтом пика — поедание несъедобных предметов.

Копрофагия — поедание кала. Наблюдается при глубоких степенях умственной отсталости, дефектной шизофрении.

Расстройства влечения к самосохранению

Обострение (повышение) влечения к самосохранению обычно складывается из недоверия ко всему новому, переменам, незнакомым объектам, проявляется в приверженности к стереотипному порядку, страхе окружающего, повышенной настороженности. Наблюдается при детском аутизме, невропатии, шизоидной и психастенической психопатии. В случае пассивного поведения наблюдается избегание опасности. При активном поведении — оборонительные действия и агрессия. До 3 лет агрессия может проявляться стойким немотивированным упрямством; в старшем дошкольном возрасте — конфликтами, прямыми нападениями не только на детей, но и на взрослых, в том числе и близких; в школьном — постоянной и часто жестокой драчливостью, задеванием окружающих и провоцированием конфликтов.

Ослабление (снижение) влечения к самосохранению проявляется в отсутствии защитных реакций (беззащитности, беспомощности), пониженном чувстве боли, безразличном отношении к окружающим людям.

Извращение оборонительного влечения, аутоагрессия — стремление к повреждениям самого себя, нанесению травм и увечий. Это могут быть грубые расцарапывания

кожи, кусание языка, разбивание головы о твердые предметы, вкалывание острых предметов в тело и т. д. Сюда же относят *трихотилломанию* (выдергивание волос из головы, ресниц, бровей), *онихофагию* (обкусывание ногтей), *аутомутиляцию* (калечение собственного тела — отгрызание пальцев, губ, отрезание ушей, половых органов). Встречается при глубоком слабоумии, шизофрении и истероидной психопатии.

Самоубийство — лишение себя жизни, обусловленное расстройством влечения к самосохранению. Суицидальные мысли, высказывания и поступки могут наблюдаться при психических заболеваниях, а также и у психически здоровых людей.

Суицидомания — упорное, непреодолимое стремление к самоубийству. Может быть при депрессии, некоторых психопатиях, шизофрении.

Расстройство полового влечения

Гиперсексуальность — патологическое постоянное чрезмерное усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. У женщин это расстройство называется *нимфомания,* а у мужчин — *сатириазис.* Причина — нарушение деятельности гипоталамуса, чаще всего под влиянием перенесенных энцефалитов, травматических или сосудистых поражений.

Гиперсексуальность пубертатная — повышенная половая возбудимость, выражающаяся у подростков в виде частых и длительных эрекций, необузданных эротических фантазий, мастурбации. Обычно связана с резким усилением секреции андрогенов из-за ускоренного пубертатного развития, под влиянием эндокринных расстройств или органических поражений гипоталамо-лимбической области.

Гиперсексуальность детская — сексуальное поведение, соответствующее сексуальности более старшего по возрасту ребенка. Проявляется в интересе к противоположному полу и интимной жизни взрослых, демонстрации своего обнаженного тела, сквернословии, стремлениях к ласкам, мастурбации, ранней половой жизни, патологических фантазиях на сексуальные темы, сексуальных притязаниях к детям своего и противоположного пола.

Гипосексуальность — понижение полового влечения, обычно не обнаруживаемое у детей в связи с возрастным низким либидо, у подростков может проявиться отсутствием интереса к противоположному полу, темам, относящимся к взаимоотношениям полов, отсутствием эякуляций и мастурбации. Это расстройство возникает, в частности, при задержке психосексуального развития.

Извращение полового влечения

Садизм — характеризуется стремлением причинить боль другому человеку с целью достижения сексуального удовлетворения.

Мазохизм — получение сексуального удовлетворения или удовольствия от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером.

В детском возрасте садизм и мазохизм проявляются стремлением причинять неприятные переживания окружающим или самому себе. В раннем возрасте ребенок может одновременно и ласкаться к матери, и пытаться укусить ее, дергать за волосы, царапать, щипать. Более старшие мучают животных, обижают слабых и детей, тематика их рисунков и патологического фантазирования: мучительства, пытки, взрывы, убийства и т. д. Они могут радоваться, наблюдая за страданиями и плачем обижаемых ими детей или криками животных. У детей эти расстройства влечений могут развиться при применении физических наказаний любимым взрослым.

Эксгибиционизм — демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения.

Зоофилия — половое влечение к животным и получение сексуального удовлетворения от контактов с ними. Причинами могут быть длительное уединенное

проживание при отсутствии представителей другого пола, психопатические изменения личности.

Визионизм (вуайеризм) — влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными представителями избранного пола. Обычно сопровождается мастурбацией.

Педофилия — получение сексуального удовлетворения взролыми от сексуальных действий с детьми. В основе этого нарушения — задержка психосексуального развития, нарушение коммуникаций с людьми другого пола или сексуальные расстройства, мешающие нормальной половой жизни.

Причины патологических влечений

Могут наблюдаться при нарушениях поведения резидуально-органического происхождения, органических и конституциональных психопатиях (возбудимых, неустойчивых), а также при эпилепсии.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Расстройства влечений — частая и нередко опасная патология. Ее обнаружение требует обязательной консультации с психологом или психоневрологом с целью установления причин и механизмов возникновения расстройства. Коррекционно-педагогическая работа строится в зависимости от вида нарушенного влечения и от причины его возникновения. Например, пиромания может потребовать только лишь постоянного надзора, с тем чтобы предупредить опасные последствия поджога. Воровство при клептомании, будучи правильно диагностированным, не должно быть предметом осуждения и наказаний, ребенку и окружающим следует объяснить непроизвольный характер недуга. Дромомания, провоцируемая, как правило, недостатком положительных эмоций и отсутствием заинтересованности окружающих в судьбе стремящегося бродить ребенка, требует резкого усиления заботы и внимания, а также душевной теплоты со стороны воспитателей. Дети и подростки с расстройствами пищевого влечения (булимия, анорексия), нередко сигнализирующими о психических нарушениях (психическая анорексия, невроз и т. д.), в составе которых они встречаются, нуждаются в психотерапии и лишь затем в педагогической коррекции. В тех случаях, когда возникают такие расстройства самосохранительных влечений, как агрессия, потребуется не только выяснение причин этого явления, но и исключение всех провоцирующих моментов со стороны сверстников и участвующих в воспитании взрослых. Суициденты вне зависимости от степени их упорства в намерениях покончить собой и причин, их вызывающих, требуют не только бережного отношения, но и очень строгого надзора, способного предотвратить роковые последствия. Расстройства половых влечений в первую очередь должны рассматриваться как проявления нервно-психических заболеваний и потому нуждаются в консультациях врачей и психологов. В то же время вне зависимости от возможных причин расстройств полового влечения дети и подростки нуждаются в половом воспитании, соответствующем возрасту и социальному положению, что может значительно уменьшить отрицательные последствия проявлений расстроенного влечения.

Тест

1. Дромомания — это:

а) импульсивное влечение к перемене мест;

б) влечение к поджогам;

в) немотивированное влечение к воровству.

2. Клептомания — это:
а) влечение к поджогам;
б) немотивированное влечение к воровству;
в) непреодолимое стремление к самоубийству.

3. Пиромания — это:
а) непреодолимое стремление к самоубийству;
б) влечение к поджогам;
в) поедание кала.

4. Копрофагия — это:
а) импульсивное произнесение бранных слов;
б) поедание несъедобных предметов;
в) поедание кала.

5. Симптом пика — это:
а) поедание несъедобных предметов;
б) поедание кала;
в) повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды.

6. Полидипсия — это:
а) сильное повышение аппетита и даже прожорливость;
б) повышенное потребление жидкости в связи с чрезмерным увеличением жажды;
в) снижение аппетита до его полного исчезновения.

7. Булимия — это:
а) снижение аппетита до его полного исчезновения;
б) сильное повышение аппетита и даже прожорливость;
в) стремление причинить боль другому с целью достижения сексуального удовлетворения.

8. Садизм — это:
а) стремление причинить боль другому с целью достижения сексуального удовлетворения;
б) получение сексуального удовлетворения взрослыми от сексуальных действий с детьми;
в) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером.

9. Педофилия — это:
а) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером;
б) получение сексуального удовлетворения взролыми от сексуальных действий с детьми;
в) демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения.

10. Эксгибиционизм — это:
а) получение сексуального удовлетворения от причиняемой боли или унижения, доставляемого партнером;
б) демонстрация обнаженных половых органов с целью получения сексуального удовлетворения;
в) влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными представителями избранного пола.

Глава 12. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

СОЗНАНИЕ В НОРМЕ

Сознание — высшая форма объективной реальности, свойственная исключительно человеку, обеспечивающая актуальное восприятие и познание внешнего мира, осознание своей общественной принадлежности, объективной обусловленности высших качеств своего «Я», составляет высшее специфическое человеческое качество (Саарма Ю. М., Мехилане Л. С., 1980). Осознавать — значит отражать объективную реальность посредством объективированных в слове, общественно выработанных обобщенных значений (С. Л. Рубинштейн). Общественно накопленные знания являются стержнем сознания. Сознание длительно созревает в онтогенезе и появляется лишь тогда, когда человек выделяет себя из окружающей среды. Осознание связано с обобщением и фиксацией этих обобщений в речи. Так как и речь и обобщения — продукты общественно-исторического процесса, то любой акт сознания опирается на всю историю человеческого общества. Осознание реального мира предполагает и определенное отношение к осознаваемым объектам. Сознание, будучи функцией бытия, одновременно является и активным регулятором деятельности человека. «Находиться в сознании означает, переживая конкретный момент своего собственного опыта, переносить этот опыт на совокупность своих знаний. Таким образом, сознательное состояние можно квалифицировать как сложную структуру, или, другими словами, как организованную структуру жизни отношений, связывающих субъект с другими людьми и с миром» (Эй А., 1968). «Сознательное состояние — это способность воспринимать стимулы, как внутренние, так и внешние, и реагировать на эти стимулы произвольными движениями, включая лингвистическую реакцию» (Мацумото Дз., 1978).

Нейрофизиологический механизм сознания

Развитие речевой функции у человека одновременно означало появление сознания. Посредством речи выражаются общие качества предметов и явлений реального мира, т. е. возникают процессы абстрагирования, слова становятся понятиями. Биологическая основа абстрагирования — иррадиация и концентрация в мозговых нейронах вновь образованных сигналов, выраженных в словесной форме. Мысли человека, не выраженные вслух (внутренняя речь), обязаны своим происхождением возбуждению, возникающему во второй сигнальной системе, но оно не вызывает двигательных реакций, т. е. движений, необходимых для произнесения слов. Итак, сознание связано со второй сигнальной системой (Адам Д., 1983). Таким образом, конкретизируется представление И. П. Павлова о том, что физиологическую основу сознания составляет деятельность корковых структур, находящихся в состоянии оптимальной возбудимости. Развитие этой концепции заключается в следующем: 1) при сопоставлении внутреннего состояния человека с внешними объектами или ситуациями возникает активация мозга; 2) затем происходит обработка мозгом поступающей от организма и внешнего мира информации и, наконец, 3) осуществляется наиболее подходящее поведение с учетом обстоятельств и прошлого опыта. При рефлекторных реакциях и инстинктивном

поведении обработка информации осуществляется автоматически, при сложных процессах научения и сознательном принятии решений участвуют высшие функции: память, мышление (Годфруа Ж., 1992).

Физиологическая активация связана с функцией центров, расположенных у основания головного мозга (ретикулярная формация).

Психологическая активация, представляя выражение физиологической, связана с расшифровкой внешних сигналов, зависит от уровня бодрствования и от состояния сознания человека, а также от его потребностей, вкусов, интересов и планов. Уровень активации зависит от трех взаимосвязанных факторов: 1) циклов бодрствования — сна, восприятия окружающего; 2) врожденных потребностей, приобретенных в течение жизни мотиваций; 3) эмоций и чувств.

Структура и степени ясности сознания

Сознание — это, прежде всего, осознание окружающего мира и самого себя. Осознание чего-либо предполагает некоторую совокупность знаний, соотносясь с которой окружающее осознается. Структура сознания, таким образом, складывается из осознания своего «Я» и предметного сознания. По мнению С. С. Корсакова, «со-знание» это: 1) разграничение между тем, что принадлежит к «Я» и что — к «не-Я»; 2) сочетание в известном порядке запаса представлений или понятий, существующих в психике, — сочетание знаний, человеком приобретенных (со-знание); 3) деятельность «направляющая силы ума».

В. А. Гиляровский расшифровывает понятие «сознание своего „Я“», относя сюда представление о своем теле, сознание своей связи с другими, т. е. социальное «Я», представляющее специфическую особенность человеческой психики и образовавшееся с возникновением речи.

Усложнилось в процессе эволюции сознание «не-Я» или предметное сознание; оно складывается из объектов окружающего мира, а также из ориентировки в месте и во времени. Сознание постоянно развивается и изменяется, однако при этом сохраняется его активная действенность, непрерывность и единство. Переживания настоящего и прошлого объединяются в одну непрерывную цепь, причем последним ее звеном окзывается переживание настоящего момента. В общем потоке сознания только небольшое количество представлений может освещаться с наибольшей ясностью, быть в центре сознания, как бы в его фокусе. Значительная часть представлений лишь на короткое время попадает в этот фокус или даже всю жизнь остается за порогом осознавания. Различают два состояния сознания: бодрствование и сон. Во время бодрствования активируется весь организм, что позволяет ему воспринимать, сортировать и истолковывать сигналы, приходящие из реального мира, запоминать их или реагировать поведением, определяемым предшествующим опытом. Это состояние сознания позволяет приспосабливаться к окружающей действительности. Нормальное состояние сознания проявляется в способности расшифровывать стимулы, т. е. субъективно оценивать их и отвечать на них так, как это делает большинство социальной группы, к которой принадлежит осознающий. Содержание сознания на 99 % предопределено мыслями других людей, сформулированными предшествующими поколениями (Лилли Дж., 1980). Чтобы лучше приспособиться к окружающей среде, человек повторяет их. Содержание сознания меняется в течение дня, оно зависит от степени эмоционального напряжения, уровня бодрствования и от готовности к восприятию раздражителей. По мере усиления активации организма уровень бодрствования возрастает. Однако адаптация может ухудшаться и при чрезмерной активации, при серьезном эмоциональном возбуждении и снижении уровня бодрствования, при переходе ко сну.

Ясность сознания, как указывают Ж. Делей и П. Пишо, меняется в зависимости от 7 уровней бодрствования:

1. *Аффективное сознание*, т. е. чрезмерное бодрствование, наблюдаемое в момент сильных эмоций. Осознавание внешнего мира слабое, внимание невозможно фиксировать, оно диффузное, изменчивое. Поведение недостаточно эффективное, плохо контролируемое. Оптимальная адаптация к внешнему миру невозможна. Биоэлектрическая активность мозга десинхронизирована, амплитуда разрядов средняя или низкая, отмечаются и быстрые частоты (13—26 Гц).

2. *Бодрственное сознание*, отличающееся избирательным вниманием, способным к гибким изменениям соответственно потребностям адаптации и к хорошей концентрации. Поведение эффективное, реакции быстрые и оптимальные для адаптации к среде. Биоэлектрическая активность мозга частично синхронизирована, волны, главным образом быстрые, низкой амплитуды.

3. *Сознание с ослабленным вниманием* характеризуется плохой концентрацией, легким возникновением свободных ассоциаций в мышлении, относительно плохим пониманием внешнего мира. Лучше осуществляется автоматическое поведение. Биоэлектрическая активность мозга синхронизирована, преобладает альфа-ритм (8—12 Гц).

4. *Легкая сонливость*. Внешние стимулы в этом случае проникают в сознание очень смягченными. Сознание заполнено преимущественно зрительными представлениями. Поведение нарушается, оно спорадическое, неупорядоченное во времени, с расстроенной координацией. В биоэлектрической активности мозга уменьшается представительство альфа-волн, изредка появляются медленные волны (4—7 Гц) низкой амплитуды.

5. *Поверхностный сон*, характеризующийся утратой осознавания практически всех внешних стимулов. Содержание сознания — образы сновидений. Биоэлектрическая активность мозга отличается либо исчезновением альфа-волн и появлением более быстрых — с низкой амплитудой, либо наличием так называемых «веретен».

6. *Глубокий сон* с полной утратой осознавания всех стимулов и отсутствием содержания сознания, которое можно было бы запомнить. Биоэлектрическая активность мозга — медленные (0,5—3 Гц) волны.

7. *Кома*. Содержания сознания нет. Моторные ответы либо чрезвычайно ослаблены, либо отсутствуют вовсе. Биоэлектрическая активность в форме нерегулярных медленных волн, имеющих тенденцию к изоэлектрической линии.

Представление об уровнях бодрствования, отражающих состояние сознания субъекта, может быть углублено введением понятия внутреннего мира. Р. Фишер (1975) трактует различные состояния сознания в континууме расслабление — медитация (когда сужается сознание) и в континууме восприятие — галлюцинация (когда сознание меняется под влиянием аффективного напряжения). Как указывает Д. Хебб (1955), активное сознание простирается от блуждающего до бодрствующего. В первом случае происходит отрыв от всякой связи с реальностью, во втором — доходящем до мистического экстаза — состояние сознания, обращенного вовнутрь, неподвижно и находится вне времени.

Этапы формирования сознания

Г. К. Ушаков (1973) формирование сознания у ребенка представляет в виде пяти этапов:

1) до 1 года — *бодрствующее сознание* — появляются первые элементы сознания, ребенок может оценивать приятную для него ситуацию; возникают состояния сытого бодрствования;

2) от 1 года до 3 лет — *предметное сознание* — в это время главную роль играют непосредственные впечатления действительности; ребенок живет только в настоящем и не улавливает связи между прошлым и будущим, не выделяет себя из окружающей среды, в его речи отсутствует местоимение «Я»;

3) от 3 до 9 лет — *индивидуальное сознание* — на этом этапе ребенок выделяет себя из окружающей среды, сознание собственного «Я» совершенствуется;

4) от 9 до 16 лет — *коллективное сознание* — появляются более дифференцированные представления о предметах действительности, о себе, о взаимоотношениях в коллективе, отчетливые представления об объектах пространства, о связи переживаемых в прошлом событий с настоящим;

5) от 16 до 22 лет — *рефлексивное, высшее общественное, социальное сознание* — знания оцениваются и соотносятся с реальными событиями; сознание обеспечивает предвидение не только всего хода развития событий, но и их последствий.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Помрачением сознания называют такое его расстройство, при котором нарушается отражение реального мира не только в его внутренних связях (абстрактное познание), но и во внешних (чувственное познание), расстраивается непосредственное отражение предметов и явлений (Снежневский А. В., 1983).

Синдромы расстроенного сознания проявляются различно, однако имеются общие признаки расстроенного сознания, которые сформулированы К. Ясперсом:

1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднении фиксации или полной невозможности восприятия; нередко реальное отражено лишь в виде отдельных бессвязных фрагментов;

2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, в месте, окружающих лицах, ситуации;

3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;

4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминание о периоде помрачения сознания очень отрывочно или совсем отсутствует).

Механизм расстройства сознания связан с нарушением переключения возбуждений с центрипетальных на центрифугальные пути, с расстройством регулирования процессов приспособления преимущественно из-за дисфункций в нервных структурах ретикулярной формации ствола мозга.

Клинические формы

Различают 5 групп патологических состояний сознания: 1) выключение сознания; 2) обеднение сознания; 3) сужение сознания; 4) помрачение сознания; 5) нарушение самосознания.

1. *Припадки (пароксизмы)* — внезапно развивающиеся, кратковременные состояния изменения ясности сознания, продолжающиеся в течение секунд или минут, реже часов и нередко сочетающиеся с судорожными или другими двигательными проявлениями. Абсансы — мгновенно (в течение нескольких секунд) протекающие выключения или угнетения сознания, в типичных случаях не сопровождающиеся никакими движениями или действиями, с последующей амнезией. Эти состояния наблюдаются при эпилепсии и органических поражениях головного мозга.

2. *Оглушение* — это такое нарушение сознания, при котором обедняется его содержание, повышается порог для всех внешних раздражителей, замедляется

и затрудняется образование ассоциаций, восприятий и переработка впечатлений, окружающая обстановка не привлекает внимания, ориентировка неполная или отсутствует. Смысл обращенной речи понимается не сразу, с усилием, сложные вопросы не осмысляются, более простая информация понимается лучше. Больные отвечают с трудом, после паузы, односложно. Легче воспроизводятся автоматизированные навыки. Ослабляется запоминание, позже обнаруживаются пробелы в памяти. Расстройства восприятия и бредовые идеи отсутствуют. Движения замедленны, понижается активность, затормаживаются влечения. Отмечается благодушие или равнодушие, а также молчаливость и нередко безучастность. Выражение лица безразличное, тупое, мимика бедная, взгляд невыразительный. Период расстроенного сознания обычно забывается. Продолжительность — от минут до недель и иногда месяцев.

Обнубиляция — самая легкая степень оглушенности, прерываемая кратковременными периодическими прояснениями сознания. При этом реакции, в особенности речевые, замедляются, больные становятся рассеянными, невнимательными, появляются ошибки в ответах. Продолжительность — чаще минуты, но может быть и более длительной. Наблюдается при прогрессивном параличе, опухолях мозга.

Сомнолентность — состояние полусна, легкая степень оглушения, больной большую часть времени лежит с закрытыми глазами; несмотря на это, вербальный контакт с больным возможен, ответы правильные, но даются после длительной паузы, преобладает механически-ассоциативное мышление. Ориентировка не полная. Сопровождается это расстройство частичной амнезией.

Сопор — патологический сон, средняя степень оглушенности. Больной неподвижен, глаза закрыты, мимика бедная, выражение лица сонливое, взгляд тусклый, невыразительный. Речевой контакт с больным невозможен. Иногда появляются бессмысленные движения. Из внешних раздражителей воспринимается лишь сильная боль, на которую больной реагирует недифференцированными защитными движениями. Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы снижены. Имеется амнезия.

Кома — полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители. Оглушение — проявление экзогенно-органической патологии, оно наблюдается при отравлении алкоголем, угарным газом и других расстройствах обмена веществ (диабете, печеночной, почечной недостаточности), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях головного мозга. У детей это расстройство сознания встречается чаще других, в раннем возрасте, например, при токсических диспепсиях, воспалениях легких, дизентерии, мозговых инфекциях и других тяжело протекающих заболеваниях.

3. *Делирий* — помрачение сознания с возникновением на фоне ложной ориентировки наплывов ярких зрительных представлений и галлюцинаций, отрывочного бреда, бессвязного мышления, тревоги, страха, возбуждения, двигательного беспокойства, а иногда и болтливости. Продолжительность делирия — часы или дни. Интенсивность расстройства колеблется в течение суток, временами сознание проясняется, к вечеру же оно снова помрачается. Воспоминания о пережитом отрывочны. У детей делирии редуцированы и кратковременны (от нескольких минут до часов), протекают более легко либо в форме пугливости, слезливости при плохом засыпании и нарушенном сне с яркими устрашающими сновидениями и криками, либо в форме эпизодов резкого тревожного возбуждения, на фоне которых — яркие, но элементарные и отрывочные зрительные, реже тактильные и слуховые, галлюцинации («крыса под кроватью», «черный дядька у двери», «большой медведь рядом», «мухи летают», «червячки по животу ползают»,

«паучки и жучки красненькие и зелененькие всюду»). В промежутках между наплывами этих состояний дети относительно спокойны. Ночью состояние утяжеляется, однако глубина помрачения сознания колеблется. Дети не могут правильно оценить пережитое. Чаще всего эти расстройства наблюдаются при отравлениях некоторыми лекарствами (атропин), алкогольных и других интоксикационных психозах, а также при психозах, возникающих в связи с соматическими и инфекционными заболеваниями.

4. *Онейроид* — сновидное (грезоподобное) помрачение сознания, проявляющееся в сценических фантастических, сказочных переживаниях, переплетающихся с иллюзорно воспринимаемой реальностью, которая толкуется бредовым образом. Больной оказывается сторонним наблюдателем, а не участником воображаемых ситуаций. Продолжительность — несколько недель или месяцев. Завершается амнезией. У детей чаще встречается неразвернутый онейроид, проявляющийся растерянностью, иллюзиями, неполной или двойной ориентировкой, при которой больной утверждает, что он и у себя дома, и одновременно где-то в другом месте. Наблюдается при шизофрении, экзогенно-органических психозах.

5. *Аменция (спутанность)* — глубокое нарушение сознания с распадом и обеднением психики, с неспособностью осмыслить ситуацию в целом, с дезориентировкой в собственной личности. Имеют место отрывочные галлюцинации, бред и бессвязное мышление. Нарушается анализ и синтез познания внешнего мира. Отмечаются растерянность, аффект недоумения, диссоциация аффективности и отсутствие содержания переживаний. Блуждающий взгляд, бессвязные действия и иногда двигательное возбуждение. Аменция продолжается в течение нескольких недель или даже многих месяцев. При прояснении сознания никаких воспоминаний не остается. Наблюдается при длительных соматогенных, инфекционных психозах и некоторых энцефалитах.

6. *Астеническая спутанность* — изменчивое, колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания: от растерянности и бессвязности до состояния, при котором возможно установление поверхностного контакта. Меньшая глубина нарушения сознания и его мерцание отличают это расстройство от аменции. Продолжительность — несколько недель. По выходе из расстроенного сознания — фрагментарная амнезия. Встречается при постинфекционных и послеродовых психозах. У детей встречается при постинфекционных (гриппозных) психотических расстройствах.

7. *Сумеречное состояние сознания* — кратковременное сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обуславливается не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями, воспринимаемыми искаженно, и состоит либо из проявлений расторможенного агрессивно-оборонительного инстинкта, либо из привычных автоматизированных действий (бег, ходьба, жевание, глотание).

Разновидности сумеречного состояния:

а) *амбулаторный автоматизм* — отключение от реальности, грубая дезориентировка, ограничение спонтанной речи, непроизвольное блуждание или сохранение способности к упорядоченному поведению;

б) *транс* — кратковременное состояние амбулаторного автоматизма;

в) *сомнамбулизм (лунатизм)* — амбулаторный автоматизм, возникающий во время сна; при этом ребенок с закрытыми глазами встает, заходит в туалет, на кухню, одевается, выходит за пределы квартиры, не отвечая на вопросы;

г) *эпилептическое сумеречное состояние* — отключение от реальности с искажением восприятия окружающего яркими, цветными, сценоподобными галлюцинациями (нередко устрашающими: погоней, надвигающимся автомобилем, прыга-

ющим зверем), бредом преследования, физического уничтожения, а также гневом или страхом; угрожающие слова и агрессия или разрушительные действия обычно отражают эти болезненные переживания.

Для всех разновидностей сумеречного состояния характерны внезапное начало, продолжительность от нескольких часов до 1—2 недель, критическое окончание и полная амнезия. Все разновидности этого расстройства чаще встречаются у детей, чем у взрослых, при этом у более младших детей они рудиментарнее, короче, двигательные расстройства преобладают над психическими. Сумеречные состояния наблюдаются при травматических повреждениях головного мозга в остром и отдаленном периодах, при органических заболеваниях головного мозга: нейроревматизме, нейросифилисе, опухолях, эпилепсии. Острые психогенные истерические психозы могут также проявляться сумеречными расстройствами, но их симптоматика — это, как правило, регресс на более ранние этапы развития личности, больные как бы впадают в детство (псевдодеменция, пуэрилизм). При этом может отмечаться сочетание детскости (речи, эмоций и моторики дошкольника), дурашливости, мнимого снижения уровня интеллектуальной деятельности с привычками и опытом взрослого.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ И КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Как правило, расстройство сознания — проявление серьезного психического расстройства, препятствующего посещению детьми дошкольных и школьных учреждений, так как требует безотлагательного лечения. Однако кратковременные выключения сознания (абсансы, другие пароксизмальные расстройства сознания) могут редко, но неоднократно у того или иного ребенка возникать во время уроков или в свободное время и требовать от педагога принятия решения об оказании помощи. Даже очень кратковременные выключения сознания (малые припадки) могут серьезно повлиять на внимание, запоминание, а также на психическую и физическую активность ребенка, на его продуктивность. Прояснение сознания и восстановление деятельного бодрствования после его нарушения могут затянуться на многие часы, а иногда и дольше. В это время ребенок остается оглушенным и не может наравне со всеми участвовать в занятиях и играх. Иногда после расстройства сознания может возникнуть серьезное нарушение настроения (дисфория), которое, скорее всего, проявится отклонениями в поведении. Таким образом, педагогу для успешного осуществления своих обязанностей очень важно не только уметь распознавать кратковременные выключения сознания, но и учитывать возможность более продолжительного изменения ясности сознания и продуктивности ребенка. Обнаружив у ребенка указанные проявления, педагогу следует проинформировать родителей и посоветовать им обратиться к психоневрологу. Во время занятий или игр у того или иного ребенка, получившего травму головы, может возникнуть нарушение сознания. Это расстройство потребует немедленной помощи медицинского персонала. При острых отравлениях грибами, пищевыми, бытовыми или лекарственными веществами, в случаях интоксикаций алкоголем, наркотиками, а также при вдыхании летучих растворителей, бензина и т. п. требуется не только экстренная помощь, но и последующее лечение.

Тест

1. Оглушение — это:

а) обеднение сознания, повышение порога для раздражителей, замедление и затруднение образования ассоциаций, неполная или отсутствующая ориентировка;

б) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;
в) внезапно развивающееся, кратковременное состояние изменения ясности сознания.

2. Делирий — это:
а) обеднение сознания, повышение порога для раздражителей, замедление и затруднение образования ассоциаций, неполная или отсутствующая ориентировка;
б) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;
в) сновидное помрачение сознания со сценическими фантастическими переживаниями, толкуемыvb бредовым образом.

3. Онейроид — это:
а) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;
б) сновидное помрачение сознания со сценическими фантастическими переживаниями, толкуемыvb бредовым образом;
в) глубокое нарушение сознания с распадом психики, с неспособностью осмыслить ситуацию, с дезориентировкой в собственной личности.

4. Аменция — это:
а) помрачение сознания с ложной ориентировкой, зрительными галлюцинациями, бредом, бессвязным мышлением, тревогой, двигательным беспокойством;
б) глубокое нарушение сознания с распадом психики, с неспособностью осмыслить ситуацию, с дезориентировкой в собственной личности;
в) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта.

5. Астеническая спутанность — это:
а) глубокое нарушение сознания с распадом психики, с неспособностью осмыслить ситуацию, с дезориентировкой в собственной личности;
б) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта;
в) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обуславливается лишь отдельными деталями обстановки.

6. Сумеречное состояние — это:
а) колеблющееся в своей интенсивности помрачение сознания, при котором временами возможно установление контакта;
б) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обуславливается лишь отдельными деталями обстановки;
в) полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители.

7. Кома — это:
а) полная утрата сознания с отсутствием реакций на внешние раздражители;
б) патологический сон с невозможностью речевого контакта и наличием лишь реакции на боль;
в) кратковременное сужение сознания, при котором поведение обуславливается лишь отдельными деталями обстановки.

Глава 13. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, НЕВРОПАТИЯ, ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, СИНДРОМ ГИПЕРВОЗБУДИМОСТИ И ДР. (F88—F89)

Нормальное развитие ребенка и формирование успешно действующих защитных механизмов возможно лишь при хорошем приспособлении к социальной среде.

Изоляция от родителей и собратьев даже у приматов делает невозможным формирование чувства любви, ведет к появлению стойкого страха и агрессивности, становится препятствием для социализации (Harlow H. F., Harlow M. K., 1966). Родившийся ребенок, почти не обладая никакой самостоятельностью, в то же время является частью диады. Другая часть диады — мать, являющаяся основным условием жизнедеятельности ребенка и его развития, в процессе постоянного взаимодействия с ним формирует его как будущую личность, способную противостоять изменениям среды и бороться со стрессами. В этом основополагающую роль играет привязанность или чувство любви, возникающее между младенцем и его матерью. Сформировавшаяся эмоциональная связь между матерью и ребенком побуждает его искать у родительницы защиты при любом проявлении опасности, осваивать под ее руководством все необходимые навыки, без чего у него не разовьется необходимое для жизни чувство безопасности и уверенности в своих возможностях.

Процесс развития привязанности основывается на ряде врожденных способностей ребенка. Новорожденный подготовлен к тому, чтобы с ним общались, все его чувства функционируют, хотя и развиты они в разной степени. Он с рождения улыбкой пытается установить контакт с тем, чье лицо он воспринимает. Следит взглядом за красным мячиком уже с 3—4 недель. В то же время лицо матери ему удается различить лишь с 3 месяцев. Развитие зрения младенца очень важно, так как для общения с матерью взгляд играет основную роль. В течение первых 6 месяцев устанавливается глазной контакт между матерью и ребенком. Он очень облегчает взаимодействие в диаде. В том случае, если мать будет обременена другими серьезными заботами, расстроена или больна, именно через этот контакт могут прийти сигналы, которые обеспокоят малыша. Новорожденный хорошо слышит. Он вздрагивает от шума, поворачивает голову в сторону звучащего голоса. На первом месяце у него уже появляется положительная реакция на человеческий голос. Ему не нравятся шумное движение, громкие звуки радио, телевидения. Обоняние развивается рано, оно существенно как для узнавания матери, так для развития привязанности к ней. Уже на 3—6-й день ребенок отличает по запаху ту из двух марлевых повязок, которая находилась на груди его матери. Успокаивающее действие материнского запаха используется для лечения у ребенка расстройств сна, для чего материнский платок кладут ему на подушку (Шааль Б., 1998). Сладкое у только что родившегося ребенка вызывает довольную улыбку, соленое — гримасу неудовольствия, чеснок — отвращение (Штайнер Я., 1922). Новорожденный очень чувствителен к прикосновениям, от

одних он возбуждается, другие — его успокаивают. Начиная с 10-дневного возраста у младенцев можно отметить проявление грусти и радости. Он тревожится, будучи голодным, и выглядит удовлетворенным после кормления. Сначала эти чувства очень примитивны, но их прогресс заметен даже на первом году жизни. Забравшись на руки к матери, ребенок стремится исследовать ее лицо и другие части тела. Для малыша большое удовольствие быть с матерью, играть с ней. Так как младенец уже готов к общению, ему необходимо пойти навстречу. Со своей стороны мать отзывается на его плач, ухаживает за малышом, играет с ним. Ребенок очень рано имитирует движения родителей. Так, подражая отцу, младенец в 2—20-дневном возрасте показывает язык (Бразелтон Т. Б., 1991). Однако сильная привязанность сможет возникнуть лишь в том случае, если мать будет эффективно реагировать на плач ребенка от боли, голода или скуки. При этом для успокоения малыша ей придется стимулировать его звуком голоса, предоставлением ему возможности сосания груди или пустышки, укачиванием на руках или в кроватке. Развитию положительных эмоций, так важных для возникновения любви, с одной стороны, и для укрепления жизненного тонуса — с другой, способствуют игры с ребенком. Эти игры носят характер диалога, в котором взаимодействующие обмениваются вербальными (мать) и невербальными (мать и ребенок) сигналами. Дети, которых матери быстро успокаивают, плачут гораздо меньше тех, к кому не подходят.

Психоаналитическая теория объясняет взаимоотношения мать — дитя зависимостью младенца от матери. Этологическая концепция выводит на передний план формирование прочной эмоциональной связи, являющейся врожденной мотивационной системой. В соответствии с этим пониманием и мать, и ребенок стремятся к тесному физическому общению. Один из механизмов объединения детеныша и его матери — импринтинг (врожденная способность животных следовать за объектом). Новорожденный осуществляет «поиск близости» посредством плача («иди сюда») или улыбки («не уходи»). Возможно, что корни этого заложены до рождения путем воздействия на плод звуков сердца матери. Запечатление (импринтинг), происшедшее у плода, связывают с материнскими сердцебиениями, поэтому они успокаивают младенца. Рождение для младенца — травматическая ситуация. Ему приходится защищаться, снижая уровень эмоционального напряжения. Объятия (прикосновения) матери и звуки ее сердца, которые при ее приближении снова хорошо слышны, — источники чувства безопасности младенца, позволяющие нормализовать уровень его внутреннего напряжения. В формировании материнского чувства критический период — 24 ч после рождения. Очень важно, чтобы новорожденный не позже этого побывал на руках у матери, тогда возникшая привязанность будет особенно сильной. На ранней стадии возникновения привязанности между матерью и ребенком особое значение имеет тесный телесный контакт между ними. В этой связи неправильно не брать плачущего ребенка на руки. Необходимо удовлетворять его потребность в контакте, в результате чего сформируется чувственное впечатление — любовь. Если все-таки ребенка не берут на руки, он не будет плакать, у него появится «хорошее поведение» (фактически безразличное), однако его эмоциональное развитие нарушится и сделает его недостаточно защищенным от стрессов. Нарушение системы общения между матерью и ребенком может сделать мать нечувствительной к потребностям малыша и считать, что он благополучен. В этом случае она не обеспечит ему всего необходимого для формирования привязанности. С 6-го месяца телесный контакт заменяется иной формой общения. С этого времени голос и зрительный образ родительницы несут такой же позитивный эмоциональный заряд, как и физический контакт. Плачущий ребенок,

увидев или услышав мать, успокаивается. Устрашающая ситуация еще вызывает у него потребность в физическом контакте, однако порог такой реакции с возрастом повышается. Не только матери воспитывают детей, но и дети со своей стороны стремятся управлять поведением матери, привлекая ее внимание, если она не успевает выполнять их желания. Этологи видят усилия матери и ребенка в том, чтобы находиться вместе для наилучшей адаптации к жизни, которая относительно беспомощного ребенка сделает защищенным от опасностей и удовлетворит его нужды (Willemsen E., 1979).

Таким образом, существует целый *ряд предпосылок психического здоровья младенца:* 1) здоровые отношения между матерью и ребенком; 2) качественные отношения между матерью и ребенком, приводящие к благополучному физическому, познавательному и эмоциональному развитию; 3) положительные отношения между матерью и ребенком, обучающие способности доверять и обращаться к другим; 4) реципрокность и синхрония отношений мать — дитя как основной элемент положительного характера привязанности между ними; 5) несменяемость первичного воспитателя младенца (желательно, чтобы это была мать от рождения и без перерывов); 6) снабжение родителями своих детей возможностями для оптимального развития.

Ситуации, которые должны разрешать специалисты по психическому здоровью: 1) недоношенный или неполноценный ребенок при отделении от матери во время родов по медицинским показаниям с невозможностью образования нормальной связи; 2) ребенок матери-подростка или незрелой матери, у которой не хватает понимания процессов развития и поведения; 3) младенец матери с тяжелыми расстройствами здоровья, финансовыми и личностными трудностями и истощенными внутренними ресурсами; 4) младенец, переходящий от одного воспитателя к другому; 5) неврологически незрелый младенец с необычными внутренними ритмами, медленно реагирующий, который требует специального подхода со стороны воспитателей; 6) младенец, который не может установить нормальные отношения с матерью из-за ее болезни шизофренией, олигофренией или депрессией; 7) младенец, чей родитель стал таковым из-за патологической перспективы или нереалистических ожиданий.

Шесть предпосылок психического здоровья младенца:

1. Здоровые отношения между младенцем и матерью — необходимые предпосылки для нормального физического, познавательного и эмоционального развития младенца.

2. Качество физического, познавательного и эмоционального развития младенца прямо зависит от качества отношений мать — дитя.

3. Положительные отношения между матерью и ребенком обучают ребенка способности доверять и обращаться к другим. Если эти способности не устанавливаются в младенческом возрасте, индивид не будет способен позже доверять и относиться тепло к другим.

4. Отношения мать — ребенок реципрокны, и синхрония этих отношений — основной элемент в позитивном характере привязанности между матерью и ребенком.

5. Одно лицо должно быть постоянным первичным воспитателем младенца. Идеально, чтобы этим лицом была мать с самого рождения без перерывов.

6. Родители хотят снабдить своих детей возможностями для оптимального развития, хотя они могут и не иметь для этого ресурсов.

A. W. Burgess сформулировал ранние признаки стойкой и глубокой привязанности, а также обратил внимание на признаки слабой, плохо формирующейся привязанности (табл. 4, 5).

Таблица 4

Ранние позитивные признаки привязанности

Мать по отношению к ребенку	Ребенок по отношению к матери
Ищет и поддерживает глазной контакт	Возвращает и поддерживает глазной контакт
Произносит слова специальным тоном	Поворачивается, настораживается, пытается подражать материнской интонации или производит звуки для матери
Касается, ласкает	Настораживается, улыбается, кажется успокоившимся
Часто держит ребенка на руках и прижимает его к себе	Младенец принимает форму материнского тела, кажется расслабленным — хорошо приноравливается
Положительные чувства	Положительные чувства (живость, спокойствие), может успокаиваться, если плачет

Таблица 5

Ранние негативные признаки привязанности

Мать по отношению к ребенку	Ребенок по отношению к матери
Избегает или имеет плавающий глазной контакт	Избегает или имеет только мимолетный глазной контакт
Редко обращается прямо к ребенку, не использует специальный тон	Отворачивается, не возвращает вокализации, не пытается спровоцировать мать на вокализации
Избегает прикосновений и ласк	Отворачивается, не реагирует, плачет
Редко держит на руках, не прижимает к себе, держит ребенка вдали от себя, само тело негибкое	Негибкий, отворачивается, не податлив, беспокоен, плачет — плохо приноравливается
Негативные чувства (невыраженные или гневные)	Чувства негативные или невыраженные (сонливость или беспокойство), не может успокоиться, если плачет

Таким образом, сила привязанности ребенка, т. е., в частности, переживание своей защищенности и в значительной мере уверенности, определяется двумя необходимыми качествами матери. Во-первых, готовностью незамедлительно помочь ребенку, когда он тревожится (плачет). Во-вторых, активностью материнского взаимодействия с ребенком и способностью к общению с ним (Чистович Л. А., Кожевникова Е.В., 1996). Эффективность материнского ухода обеспечивает нормальное развитие ребенка: мать является источником сенсорных и других стимулов (пеленание, ласки, разговор, нахождение в поле зрения ребенка и игра с ним), источником удовлетворения потребностей ребенка (в пище, в желаемых предметах), посредником между ребенком и раздражителями внешней среды, ослабляющим или реже интенсифицирующим их воздействие.

L. J. Yarrow (1965) указывает на значительную взаимосвязь между раздражителями, исходящими от матери, и одновременным развитием ребенка в период

младенчества. При этом прогресс в развитии он определял по тесту Кетелла для детей в возрасте 6 мес. Четыре фактора материнского ухода имеют, по его мнению, высокую степень корреляции с результатами тестов развития — стимуляция развития, адаптация раздражителей, стимуляция общего развития, масштабы физического контакта. Способность противостоять стрессу (определение реакции ребенка в моменты расстройства в обстановке теста и его характерные реакции на обычные неприятные ему моменты повседневной жизни), по всей вероятности, в значительной степени зависит от того, насколько мать может приспособить внешнюю среду ребенка к его индивидуальным особенностям. Очевидно, с самых первых месяцев жизни ребенок знает, когда можно ожидать (или, наоборот, не ожидать) со стороны матери действий, которые влекут за собой удовлетворение тех или иных его желаний или успокаивают его. В раннем детстве повторно возникающие ситуации, приводящие к беспокойству или напряжению, не делают ребенка способным противостоять стрессам. Ребенок, который редко подвергается испытаниям трудностями (потребности в большинстве случаев удовлетворяются своевременно), лучше переносит стрессы, чем тот, который неоднократно испытал напряжения отрицательных эмоций. Стабилизации психического состояния, уменьшающего риск неблагоприятных последствий при возникновении трудных жизненных обстоятельств у детей, способствуют не меняющиеся родителями принципы ухода и неизменный «образ матери».

В предшествующие десятилетия преобладало мнение, что материнской заботы для формирования адаптивного поведения ребенка достаточно. Нежность, доброта, самоотверженная забота о ребенке, проявляемые отцом, рассматривались лишь как имитация женского поведения и необязательные для воспитания ребенка. В действительности, в отцовстве и материнстве больше сходств, чем различий, ибо они — продукт обмена чувствами с их собственными родителями обоего пола (Howells J. G., 1970). Доказано, что активное участие отца в подготовке родов уменьшает количество осложнений в них, снижает восприимчивость новорожденного к стрессам. Отношения малыша, формирующиеся не в диаде «мать — ребенок», а в триаде «отец — мать — ребенок», способствуют тому, что младенец доброжелателен и весел, рано начинает улыбаться. В начальный период адаптации не только мать, но и отец должны знакомиться со степенью готовности ребенка к жизни, воздействовать на него с тем, чтобы установить с ним обратную связь (Добряков И. В., 2010). Исследование детей раннего возраста в присутствии матери или отца и без них обнаружило одинаково стимулирующее влияние обоих родителей. Понятно, что фигура отца, как и матери, облегчает ребенку переживание трудной ситуации. Отец также оказывает влияние на ребенка не только прямо, но и через мать и посредством семейного климата, одним из создателей которого он является. Некоторые авторы идут дальше, утверждая, что не только родители воспитывают детей, но и вся семья оказывает непосредственное влияние на развитие и направление происходящих в ребенке процессов созревания. Они полагают, что близкие родственники, составляющие расширенную семью (дедушки, бабушки, братья, сестры, кузены, кузины и т. д.), в этом принимают участие, так же как это делает и все общество в целом. Социальные стимулы, получаемые ребенком от окружающих его людей, освобождают рефлекторные инстинктивные проявления.

Поведение, определяемое инстинктом, зависит от окружающей среды. Инстинктивное поведение временно уменьшает силу самого инстинкта. Затем оно вновь начинает нарастать и ищет подходящих стимулов для последующего разрешения. Ребенок направлен к стимулу участками лица, близкими ко рту, более активно, когда голоден, чем когда сыт.

В 3 месяца улыбка рефлекторна, в 8 месяцев ребенок узнает и отличает мать. Последняя — особый объект, на который ребенок реагирует с радостью, и не только от того, что мать утоляет его голод. Ребенок уже способен представить себе образ матери в ее отсутствие. В 2 года отношения ребенка и матери могут носить символический и образный характер.

Ребенок учитывает временно существующие отношения и, стараясь влиять на окружающую среду, стремится найти стимулы, отвечающие его желаниям и потребностям. Начинает осознавать себя как личность. Индивид развивается внутри многообразия опыта общения с людьми-объектами и в сфере образных представлений и проекций этих объектов (интернализованные объекты).

До овладения речью ребенок и мать общаются посредством покачивания, тепла, поз, запаха, движения и, прежде всего, проявлений физического состояния ребенка. Взаимодействие инстинкта, чувств удовлетворения, огорчений и волнений с восприятием и воображением создает те стереотипы, по которым впоследствии формируется личность ребенка. Волнение ведет к созданию механизмов, тормозящих этот процесс. Отождествление и проецирование — самые значительные защитные механизмы.

Реакция на стресс в последующие годы жизни зависит от особенностей раннего психического развития. Формирование характера зависит от тех моментов, когда эмоциональное развитие тормозилось или фиксировалось: беспокойство матери — капризы в еде ребенка, негативизм, алчность; неправильное воспитание навыков — навязчивости.

Значение ребенка для родителей, отношение каждого из родителей к ребенку в большей степени определяется его или ее собственным образом жизни в детстве. Мать с нарциссической любовью, приходящая в волнение из-за любого недостатка ее ребенка, может проявлять и агрессивность. Дети, страдающие из-за благопристойности и правильности своих родителей, становятся в известном смысле проявлением заболевания родителей. Волнение, которое испытывают дети при воспитании у них навыков опрятности, отсутствует, когда дети хорошо упитаны. Хорошо питающиеся дети доставляют матери удовольствие, и она меньше волнуется и создает меньше трудностей для ребенка. Лишение ребенка родительского внимания патогенно и ведет ко многим нарушениям (Buckle D., Lebovici S., 1958).

Детям важно, как проявляется любовь к ним. В течение первых двух лет любовь следует проявлять в постоянном физическом общении с ребенком. Чем больше людей возится с малышом, тем лучше, так как он будет думать, что весь мир его любит. Важно уважать его желания. Следует учитывать физиологическую мудрость его организма. Учитывать его отказы от какой-либо пищи, от дневного сна. Следует соразмерять прививаемые навыки с его реакциями, готовностью и желанием. Это поможет обрести самоутверждение и почувствовать доброе отношение родителей. Любовь следует проявлять постоянно. Меньше надо огорчаться из-за мелких неприятностей. Если родительская любовь исчезает с такой легкостью, то ребенок теряет уверенность в ней. Позже это может обернуться недоверием. Нельзя предъявлять чрезмерных требований к ребенку. Даже щедрые подарки не улучшат положения. Необходимо отдавать детям все свое время без остатка, чтобы играть с ними, особенно после 3 лет. Они получают удовольствие от общения с родителями, полагаются на них как руководителей, путеводителей и знатоков. Нужно постараться слить свои вкусы со вкусами детей. Тогда установится душевная близость и будет тем прочнее, чем больше времени дети проведут с родителями. Родительская любовь принесет ребенку больше счастья, если она будет проявляться и друг к другу (Фромм А., 1989).

К сожалению, существуют препятствия, которые могут помешать матери правильно воспитывать ребенка. Установление глубокой эмоциональной связи внутри диады между матерью и ребенком может затрудняться незрелостью чувств и характера матери, ее неуравновешенностью.

Психологическое состояние современных матерей, имеющих детей до 3 лет, далеко от стабильности. В одном из исследований было показано, что 40 % из них конфликтует с мужьями, 35 % недовольны своей работой, 30 % испытывают страх одиночества. У половины из этих матерей ребенок оказался нежеланным, а у трети — после рождения ребенка ухудшились отношения с мужьями. В результате нежеланные дети отстают по своим показателям психомоторного развития и способностям адаптации к социальному окружению.

Препятствием может быть и юный (до 18 лет) возраст матерей. В половине случаев у них зачатие происходит случайно, беременность оказывается незапланированной, а ребенок нежеланным не только для будущей матери, ее полового партнера, но и для ее родственников. 13,7 % из них пытаются оформить отказ от своего ребенка. Естественно, что их социальная и психологическая неподготовленность к осуществлению обязанности матери не позволят им создать положительную эмоциональную среду, столь необходимую для формирования глубокой привязанности между матерью и ребенком (Орел В. И., 1991). Юные и старшие, но эмоционально незрелые матери сами в прошлом подвергались депривации, отвергались родителями или воспитывались в неблагополучных семьях. Они могут быть инфантильными, эгоцентрически сосредоточенными на своих делах, неспособными к любви и справедливым отношениям между людьми. У них не хватает теплоты, нежности и при обращении с появившимся ребенком, а также понимания основных его потребностей. Эти матери не способны установить прочные отношения и с отцами своих детей, создать благоприятную эмоциональную атмосферу в семье, что затрудняет благополучное развитие детей. Помехой возникновению благоприятных отношений в системе «мать — дитя» может быть неразвившаяся гестационная доминанта, т. е. недостаточная готовность и решимость стать матерью (Добряков И. В., 2010). Нелюбимый или нежеланный ребенок не вызывает положительных эмоций, которые так необходимы для формирования привязанности, чувства безопасности, уверенности в своем благополучии и дальнейшего развития. Отказ матери от кормления грудью или невозможность этого лишает младенца естественной хорошо усвояемой пищи, снабжающей всем необходимым для физического развития и укрепления иммунитета. Однако отсутствие лактации у матери — нередко признак перенесения ею тяжелых или неоднократных стрессов, а также того или иного заболевания. Все эти изменения у матери могут индуцировать у ее ребенка эмоциональные нарушения, усугубляющиеся недостаточным телесным контактом из-за того, что ребенка не прикладывают к груди. По некоторым данным, только 5 % матерей осведомлены о том, что грудное вскармливание укрепляет психологический контакт в системе «мать — дитя». Много доказательств было приведено в пользу того, что недостаточная эмоциональная и сенсорная стимуляция ребенка раннего возраста, особенно при отделении от родителей, обязательно вызовет серьезные нарушения в его эмоциональном и в конечном итоге в общем психическом развитии. Не отделение от матери, а неправильный уход, не обеспечивающий любовь, внимание и безопасность, более опасен для ребенка (Howells J. G., 1970). Еще больше трудностей появляется, если мать страдает неврозом или психозом (Лангмейер Й., Матейчек З., 1984). Особенно сложно осуществлять заботу о ребенке женщинам, у которых после родов развивается депрессия. Способность реагировать на потребности ребенка требует значительных психических и физических ресурсов, которых у депрессивных женщин недостаточно. Полагают, что число таких матерей

значительно и колеблется между 26 и 40 % (Richman N., 1976). Наиболее частым последствием воспитания матерями со стойким патологически сниженным настроением оказывается нарушение взаимоотношений в диаде, приводящее в дальнейшем к измененному эмоциональному реагированию: эмоциональной неустойчивости, страхам, высокой сепарационной тревожности (Скобло Г. В., Циркин С. Ю., 1995). Все эти расстройства, в большинстве случаев у детей раннего возраста проявляются соматическими, а по существу, психосоматическими расстройствами: нарушениями сна, пищевого поведения, болевыми симптомами и т. д. Уровень болезненности детей в возрасте старше 3 лет в 1,5 раза выше, чем у младших детей (9,6 % — до 3 лет и 13 % — старше). Те же показатели и в других странах (Дания, Великобритания, Швейцария). Так, по английским материалам психическая патология детей раннего возраста составляет 6—15 %. Пораженность мальчиков в 1,5—2 раза выше, чем девочек. Исключение составляют первые два года. Проспективное изучение обнаружило младенцев с высоким риском возникновения психических расстройств. К ним относят детей с явлениями предболезни или предрасположения (диатеза) к развитию психической патологии. Такая группа составляет 32,1 % от популяции детей. Показатели здоровья ниже во время возрастного криза (0,6 %), они повышаются в последующие годы (2,8 %).

Число детей раннего возраста, подверженных риску, составляет в среднем 33,5 %, причем эти данные практически одинаковы в разных странах.

Распространенность пограничных психических расстройств — 6,9 %, шизотипический диатез — 1,6 %, двигательные расстройства — 0,5 %, нарушения умственного развития — 2,2 %, пароксизмальные синдромы 0,3—0,6 %, психозы — 0,3 %, невропатия — 0,9 %, соматовегетативные расстройства — 3,4 %, депрессивные реакции — 0,6 % (Козловская Г. В., 1995).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЛАДЕНЦЕВ

Оценка психического состояния производится последовательно. Описание состояния во время бодрствования включает особенности активности: ее степень, темп и частоту двигательных проявлений. Отмечаются реакции ребенка на новые стимулы и ситуации (пищу, игрушки, людей и др.), способность привыкнуть к изменению окружения, интенсивность этого реагирования. Учитывается порог чувствительности к внешним стимулам. Прослеживается качество настроения: количество положительных и отрицательных эмоций. Принимается во внимание отвлекаемость, т. е. то, как внешние раздражители влияют на поведение ребенка, как изменяют его. Оцениваются объективные отношения в диаде «мать — дитя», анализируются контакты с другими членами семьи и детьми. Отмечаются индивидуальные особенности поведения ребенка, а также черты характера. Собираются характеристики сна ребенка и его нарушений. Оцениваются длительность и глубина сна, его периодичность, инверсии, нарушения засыпания и пробуждения, движения и пароксизмальные явления во сне, а также изменения сна под влиянием различных обстоятельств.

Специально обращается внимание на соматовегетативные проявления: аппетит, процесс пищеварения, жевание, глотание, избирательность в еде, отказ от новой пищи, боязнь ее, особенности ритма и глубины дыхания, состояние сердечно-сосудистой системы и т. д.

Локомоторика на первом году жизни оценивается по степени выраженности врожденных двигательных автоматизмов, срокам редукции (исчезновения) безусловных рефлексов и формирования цепных установочных реакций. О сохранно-

сти двигательных функций в возрасте от 1 до 4 лет судят по регуляции движений, статической, динамической координации, скорости движений.

При исследовании неврологического состояния обращается внимание на функции глазодвигательных нервов, мимику, мышечный тонус, походку, осанку, позы ребенка, жестикуляцию. Выявляются парезы, гиперкинезы, двигательные стереотипии, навязчивости, диспраксии.

Психосоматические расстройства

Психосоматические расстройства у младенцев встречаются достаточно часто, так как индивид в этом возрасте реагирует на трудные обстоятельства почти исключительно органами и системами тела. В этом периоде жизни полностью еще не сформировались механизмы личности, способные ответить на стресс психопатологическими симптомами. Проявления психосоматических расстройств у детей раннего возраста разнообразны. Часть этих расстройств представляет собой *моносимптомные нарушения* (младенческая колика, метеоризм, регургитация, срыгивание, аэрофагия), *другие более сложные* по своей клинической картине (анорексия, синдром нарушения развития неорганического генеза, сепарационная тревога), являются совокупностью симптомов. Третьи, по-видимому, являются началом расстройств, которые полностью сформируются в последующие периоды жизни *(невропатия)*. Однако всех их объединяет то, что среди этиологических факторов наиболее весомый — эмоциональное напряжение, возникшее вследствие трудных для ребенка обстоятельств. Диагностика этих расстройств, как правило, нелегка, что связано с их относительно невыраженной и бедной симптоматикой, а также с тем, что возникающие соматические нарушения могут практически не отличаться от аналогичных нарушений, но другого происхождения. Для того чтобы избежать ошибок в их распознавании, приходится полагаться не только на клинические исследования, но и использовать психологический и социально-психологический анализ. Здесь приводится большая часть встречающихся в обсуждаемом возрасте психосоматических расстройств. Помимо описываемых ниже, к соматическим расстройствам, вызываемым стрессами, относят также приступы нарушения дыхания, яктацию (ритмичное раскачивание тела или головы), спастический плач, нарушения сна, раннюю бронхиальную астму, внезапную смерть младенца.

Младенческая колика (колика трехмесячного ребенка)

В первые 3—4 месяца жизни у ребенка могут внезапно появляться приступы с сильными криками, явно связанные с физической болью и переживаниями дистресса. Как правило, эти приступы возникают во второй половине дня без очевидной причины и продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Они наблюдаются как при грудном, так и при искусственном вскармливании. У $^{2}/_{3}$ детей колики начинаются еще в родильном доме. В 85 % эти симптомы наблюдаются в первые две недели жизни. Средняя их продолжительность — 9,5 недели. Как правило, эти расстройства у детей исчезают к концу 3-го или 4-го месяца. Колики проявляются продолжительным громким криком, плачем, покраснением лица, двигательным беспокойством, во время которого ребенок то сильно прижимает нижние конечности к животу, то энергично разбрасывает их. Во время такого приступа напрягаются мышцы всего тела, закрываются глаза, кожа лба наморщивается, отмечаются срыгивания, вздутия живота.

Аэрофагия

Это расстройство, при котором у жадно сосущих детей происходит заглатывание воздуха. Воздух может проходить в желудок или оставаться в пищеводе и вы-

зывать ощущение давления. Иногда воздух вырывается с громким звуком изо рта (отрыжка) или проходит через кишечник и выходит из прямой кишки. В отличие от обычно поглощаемого небольшого количества воздуха в процессе еды, при аэрофагии воздух заглатывается безотносительно к приему пищи или жидкости. Поступление больших количеств воздуха может привести к растяжению желудка, что нередко осложняется нарушениями ритма дыхания, сильными болями и рвотой. Отрыжка чаще наблюдается у девочек, чем у мальчиков.

Срыгивания

Извержение относительно небольших количеств пищи, поступившей во время кормления. Наиболее часто оно наблюдается в возрасте 4—18 месяцев в связи с чрезмерным расширением желудка из-за попадания воздуха в процессе жадного заглатывания пищи, быстрого сосания при слишком большом или слишком малом количестве высасываемого молока. О привычном срыгивании приходится думать в тех случаях, когда при отсутствии нарушений техники кормления отмечается беспокойство, сосание пальцев, нарушение сна, плаксивость и др.

Регургитация (жвачка, мерицизм)

Расстройство, при котором переваренная пища несколько раз отрыгивается, а затем многократно жуется. При нормальном жевании, отличающемся от мерицизма, пища уходит изо рта ребенка легко без предварительных усилий. В то же время при жвачке отрыгивание, пережевывание и повторное проглатывание пищи происходит без тошноты и чаще всего как приятный для ребенка процесс. Видно, что ребенок это делает охотно. Нередко ребенок, для того чтобы изрыгнуть пищу, глубоко засовывает палец в глотку или устанавливает в виде желоба язык при широко открытом рте. Большинство детей, отрыгивающих значительное количество пищи из желудка и пытающихся затем ее вновь проглотить, выплевывают часть содержимого желудка, попавшего в рот, в результате появляется риск недоедания. Развивающаяся вследствие регургитации гипотрофия может привести к значительной потере массы тела и даже к смерти. У пассивных детей, незаметно теряющих массу тела, это вовремя не замечается, и ребенок оказывается в угрожающем положении. Если и их матери недостаточно внимательны, то положение усугубляется еще больше. Гиперактивные дети могут истощаться вследствие регургитации не меньше. Докармливание младенцев после рвоты нередко приводит к возобновлению жвачки. Это относительно редкое явление и наблюдается почти исключительно в течение первых двух лет жизни. Диагностические критерии регургитационных и жевательных расстройств: 1) повторяющаяся регургитация без тошноты и гастроинтестинальной патологии, как минимум один раз в месяц следующая за периодом нормального функционирования желудочно-кишечного тракта; 2) потеря массы тела (Кощавцев А. Г., 1996).

Потеря младенцем массы тела

Недостаток прибавки массы тела (синдром нарушения развития неорганического генеза) — состояние, во время которого масса тела младенца резко уменьшается без каких бы то ни было проявлений заболевания. Наиболее часто это расстройство начинается в 3—12 месяцев. Отставание прибавки массы тела по мере роста малыша сочетается со многими признаками недостаточной эмоциональной и / или сенсорной депривации, а также истощения при достаточном поступлении пищи. Описываемое явление связывают с неудовлетворительной заботой и пренебрежением ребенком, понимаемых в самом широком смысле слова. Чаще имеет место не столько отвержение ребенка, сколько нарушение взаимоотношений

между ним и его матерью. Иногда постоянное притеснение и побои малыша приводят к остановке его физического развития. Это случается тогда, когда родители пытаются разрешить свои житейские трудности, связанные с их алкоголизмом, эмоциональными расстройствами или с бедностью, вымещая свое недовольство судьбой на ребенке. Причиной переживаний у матерей обычно бывают не складывающиеся отношения с отцами их детей, бытовая неустроенность, болезни близких и т. д. Никакими медицинскими средствами у младенцев не удается увеличить массу тела. Отсутствие соматических нарушений органического генеза у младенцев и обнаружение тревожных или депрессивных состояний у матерей позволяет констатировать эмоциональные нарушения в диаде. В этих случаях нормализация в психосоматической системе «мать — дитя» достигается посредством психотерапевтического воздействия на матерей при стабилизации у них аффективного состояния. Результатом улучшения эмоциональности матери становится изменение соматического состояния другой части диады. Ребенок неуклонно набирает соответствующую его возрасту массу тела (Листопад Т. Н., Левин А. Н., 1985).

Нервная младенческая анорексия

Отсутствие аппетита встречается у 76,1 % младенцев с нарушениями пищевого поведения психосоматического происхождения. Частые беспорядочные кормления, однообразная пища, принуждение к кормлению могут вызвать у ребенка снижение и даже утрату влечения к пище или ее отвержение. Нарушения аппетита нередко возникают у младенцев с невропатическими проявлениями: чрезмерно подвижных, с нарушениями ритма сна — бодрствования, раздражительных и плаксивых. Если эти дети воспитываются неправильно, оказываются оторванными от матери или переносят какой-либо другой стресс, у них может возникнуть отказ от груди или искусственного кормления. При активном отказе ребенок отворачивает голову в сторону от груди или от бутылочки с молоком, не открывает рот, не сосет, не глотает. Новая пища принимается с недоверием или даже с протестом. При этом ребенок часто плохо жует, требует, чтобы всегда кормил один и тот же человек и в неизменных условиях. Пассивный отказ проявляется отвращением к той еде, которую предлагают ребенку, требует необычную для своего возраста пищу. Психогенная анорексия — довольно частое явление у младенцев. Существует несколько форм нарушений пищевого поведения у них. Отвержение пищи может зависеть от времени ее приема, вида или состава, а также от того, кто и как кормит ребенка. Некоторые дети, утрачивая аппетит в трехмесячном возрасте, страдают в продолжение всего дошкольного периода.

Поедание несъедобного (извращение аппетита, симптом пика)

Этот симптом характеризуется повторяющимся поеданием несъедобных предметов (как минимум 1 раз в месяц) и отсутствием каких-либо психических расстройств, которые могли бы вызвать нарушение пищевого поведения (детский аутизм, шизофрения, умственная отсталость). Обычно начинается на втором—третьем году жизни, но может встречаться и во втором полугодии. Младенцы тянут в рот ворс с одежды, волосы. Старшие дети употребляют в пищу несъедобные вещества: фекалии животных, окурки, насекомых, песок, гальку, уголь, глину, золу, краску, землю, бумагу, штукатурку, сор. Большинство детей без расстройств пищевого поведения тянут в рот многие несъедобные предметы, но почти никогда они их не глотают или делают это редко. Чаще всего это дети, лишенные достаточного ухода, отстающие в развитии, слабовидящие, т. е. те, кто не способен разобраться в том, что можно есть. Обычно этот симптом безвреден, но иногда он приводит к серьезным последствиям. Поглощение краски может привести к от-

равлению. Свалявшиеся мотки шерсти могут вызвать кишечную непроходимость. Дыхательная непроходимость может возникнуть при попадании мелких частиц в дыхательные пути. Поглощение фекалий может стать причиной токсоплазмоза. Так как выраженное извращение аппетита встречается, как правило, у отвергаемых родителями детей, воспитывающихся без соответствующего присмотра в дисгармоничных семьях, они часто худы, бледны и страдают желудочно-кишечными расстройствами. Симптом пика часто наблюдается у тяжело умственно отсталых детей и продолжается в течение дальнейшей жизни. Сохранение этого симптома у детей с нормальным психическим развитием после 4 лет — свидетельство глубоких поведенческих нарушений или даже тяжелого заболевания.

Тучность

Существует точка зрения, что тучные дети не способны переживать чувство удовлетворения от еды. Они лишены жадного стремления к пище, но принуждают себя есть почти насильственно, чтобы достичь чувства уверенности, прочности и устойчивости. Для тучных это означает наполнить себя, а постоянное поглощение пищи имеет подсознательный смысл защиты от саморазрушения. Основная фантазия ребенка — необходимость поддержать себя. Защитные механизмы, приводящие ребенка к ожирению, являются имитирующими механизмами, скрывающими стремление к всемогуществу. Каждый полный ребенок хочет, чтобы его кормила мать, однако в фантазиях она разочаровывает его, и тогда он стремится питать мать. Для младенца, который позже станет тучным, отделение его от матери при отлучении от груди означает потерю части себя. Сохранение же связи с матерью позволяет не утратить ни одной части своего «Я» и таким образом предотвратить калечение. Переедание — это попытка ребенка воссоздать непрочную или разрушающуюся связь со значимой фигурой.

Запор

Запор стречается примерно у 7 % детей и несколько чаще у девочек. Задержка стула приводит к тому, что малыш во время дефекации сильно напрягается и часто испытывает боль. При обследовании живота кал прощупывается в виде твердых круглых образований чаще всего в его левой нижней части. Нередко отмечаемые при этом расстройстве колики в животе во время дефекации свидетельствуют о спазмах кишечника. Чаще всего другие симптомы отсутствуют. Однако иногда могут быть растяжение желудка, дискомфорт и беспокойство или апатия, ощущения озноба и головная боль. Почти в 40 % случаев матери датируют начало запора в младенчестве или в раннем дошкольном возрасте.

Энкопрез (недержание кала)

Непроизвольное выделение кала может появиться у детей в возрасте, когда контроль за функционированием анального сфинктера уже должен сформироваться. К возрасту 4 лет энкопрез должен оцениваться как расстройство функций, а не вариант развития или неправильного воспитания. Недержание может быть постоянным или появляться как элемент регрессии, т. е. поведения, соответствующего младшему возрасту и появляющегося при тяжелых заболеваниях. В 25 % случаев в основе недержания кала лежат психогенные факторы. Энкопрез обычно связывают с недостатком родительской любви, отрывом от матери, с доминирующей придирающейся матерью и сверхтребовательными родителями. У некоторых детей, впервые помещенных в стационар, круглосуточные ясли, детский сад, детский дом, может развиться недержание кала, однако оно обычно прекращается после привыкания ребенка к новому окружению.

Сепарационная тревога

Проявляется постоянным беспокойством ребенка по поводу его «возможного» отделения от матери или другого лица, к которому он наиболее привязан. Выражается сепарационная тревога в страхе исчезновения этого человека, боязни быть потерянным или похищенным. Возникают вспышки раздражения с плачем, требованиями не покидать его, не оставлять одного дома. Дети боятся выходить из дома, расставаться с семьей. Во всех случаях имеют место симптомы соматических расстройств: нарушается сон, появляются головные боли, тошнота, рвота, нарушается аппетит, отмечается потеря массы тела.

Невропатия — недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения. Это расстройство возникает у благополучных до развития заболевания детей. Начинается обычно с 2—3-летнего возраста. Симптоматика складывается из расстройств сна, общей возбудимости, желудочно-кишечных расстройств, нарушений инстинктивной деятельности. Позже появляются различные страхи, реакции пассивного протеста, невротические реакции в ответ даже на незначительные трудности и соматические недомогания. Эти дети отличаются очень выраженной привязанностью к матери, затруднением общения с другими людьми, необычной тормозимостью в новой обстановке. Они плохо включаются в ситуацию, не очень активны при контактах, тихо отвечают, а то и вовсе отказываются от общения. Двигательная активность при тестовых нагрузках легко затормаживается, движения становятся неловкими. В то же время никаких неврологических симптомов у них не обнаруживается. Коэффициент психического развития без отклонений.

Органическая или резидуальная невропатия — сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики. Проявления этого синдрома обнаруживаются сразу после рождения и обостряются при соматических заболеваниях и психогениях (житейских трудностях). Невротическая симптоматика зависима от неврологических нарушений, она груба и монотонна. На втором году жизни и позже на первый план выходят признаки церебрастенических и гипердинамических состояний. Эти дети легко вступают в контакт, но интереса к ситуации не проявляют, их деятельность недостаточно целенаправленна, они отвлекаемы, отличаются плохой работоспособностью, сочетающейся с быстрым насыщением и истощаемостью. Психические процессы этих детей инертны. Исправить их поведение и деятельность можно лишь на короткое время. У них нередко отмечается задержка развития речи. Психическое развитие чаще всего на уровне низкой нормы.

Смешанная форма расстройств — сочетание невропатической симптоматики с энцефалопатией (последствий органического поражения ЦНС) легкой или средней тяжести. Невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность не зависит от степени тяжести органических нарушений. Обычно последние наблюдаются у всех детей (дрожание конечностей, подбородка, умеренное увеличение объема головы, замедление закрытия большого родничка, оживление и задержка рефлексов раннего возраста, нарушение мышечного тонуса и т. д.). У старших детей симптомы энцефалопатии — главным образом в форме неполной компенсации явлений внутричерепной гипертензии (повышенного внутричерепного давления). У этих детей рано появляются робость, застенчивость, вялость и одновременно противоположные симптомы — требовательность, капризность, негативизм, эгоцентризм. Они легко вступают в контакт, не обладают чувством дистанции, нередко оказываются назойливыми. Их трудно привлечь к игре или другому типу деятельности, они делают только то, что им нравится, плачут, когда их хотят переключить на другое занятие. У них очень рано могут появиться

аффективно-респираторные судороги, а в дальнейшем патохарактерологические реакции. Психическое развитие этих детей — в пределах низкой и даже высокой нормы.

Невротические расстройства возникают, как правило, на фоне практического здоровья в 6—7-месячном или реже в 3—4-месячном возрасте. Среди проявлений этих расстройств — нарушения соматовегетативной регуляции и поведения. Дети пугливы, плаксивы, чрезмерно привязаны к матери. Боятся новых лиц и игрушек. Они страдают нарушениями сна, расстройствами желудочно-кишечного тракта, склонностью к быстрой утомляемости и реакциям протеста. Двигательные и речевые нарушения у них появляются крайне редко. Поведенческие нарушения — не стойкие, они возникают у гармонично развивающихся детей. Их психическое развитие оценивается как высокая норма.

Реакции активного и пассивного протеста, отказа и имитации. В одних случаях это отказ от груди, в других — «аффективно-респираторные закатывания» (после 6 мес.), двигательная расторможенность (после 1 года), отказы от притязаний (1,5—2 года), «присвоение» имени, пола и манеры поведения брата или сестры (1,5—2 года).

Синдром гиповозбудимости. Снижение двигательной и психической активности, которые всегда ниже возможностей ребенка. Синдром характеризуется высоким порогом и длительным латентным периодом всех рефлекторных и произвольных реакций. При этом нередко наблюдаются мышечная гипотония, гипорефлексия (снижение рефлекторных реакций), замедление переключаемости нервных процессов, эмоциональная вялость, низкая мотивация и слабость волевых усилий. Эпизодическое возникновение этих явлений соматогенного присхождения, т. е. связано с тяжелыми соматическими болезнями. Стойкие симптомы могут быть связаны с типом высшей нервной деятельности, недоношенностью, последствиями асфиксии, внутричерепной родовой травмы. У этих детей в более поздние сроки возникают эмоциональные мимические реакции. Улыбка появляется после 8—9 недель. Во время бодрствования ребенок вялый, пассивный, ориентировочные реакции возникают преимущественно на сильные раздражители. Комплекс оживления проявляется рудиментарно. Слабо выражены активные отрицательные эмоции.

Синдром гипервозбудимости. Для него характерны двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, усиление врожденных рефлексов, повышенная рефлекторная возбудимость, тенденция к патологическим движениям и снижение порога судорожной готовности. Он наблюдается у детей с перинатальной патологией, ферментопатиями (болезнями обмена веществ), врожденной детской нервностью и минимальной мозговой дисфункцией. Обнаруживается отставание формирования произвольного внимания, дифференцированных двигательных и психических реакций. У детей выражен познавательный интерес к окружающему, при сильных эмоциях могут возникнуть диффузные двигательные реакции. Все реакции возникают быстро и также быстро угасают. Дети находятся в постоянном движении, однако манипулятивная исследовательская деятельность и подражание развиты слабо. Они эмоционально лабильны, легко пугаются при встрече с незнакомыми людьми, активно при этом протестуя.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром может быть преходящим или постоянным. Отмечается увеличение черепа (более чем на 2 сигмы), расхождение черепных швов, выбухание и увеличение большого родничка, иногда открытие малых и боковых родничков, расширение венозной сети, возможны изменения на глазном дне. Поведение детей отличается возбудимостью, раздражительностью, крикливостью. Сон поверхностен и прерывист. При преобладании явлений гидро-

цефалии отмечаются вялость, сонливость, анорексия, срыгивания, уменьшение массы тела. Имеют место симптом «заходящего солнца», косоглазие, горизонтальный нистагм. Состояние мышечного тонуса зависит от преобладания гипертензии (гипертония) или гидроцефалии (вначале гипотония). Сухожильные рефлексы могут быть высокими. Часто отмечаются тремор (дрожание), реже — судорожные явления. Для диагностики важно изучение давления спинномозговой жидкости, использование эхоэнцефалографии (ЭхоЭГ), краниографии, пневмоэнцефалографии, радиоизотопной сцинтиграфии, компьютерной томографии.

Судорожный синдром может возникнуть на фоне уже имеющихся неврологических нарушений или явиться первым симптомом поражения мозга. Чаще — это генерализованные фрагментарные, очаговые клонические припадки или миоклонические судороги. Этиология этого синдрома у новорожденных — наследственные нарушения обмена аминокислот, углеводов, липидов, витаминов, аномалии развития мозга, гипоксия, родовая травма, нейроинфекции. В грудном возрасте могут возникнуть генерализованные судороги, они нередко сопровождаются вегетативными симптомами. Наблюдаются также парциальные судороги, абсансы (относительно редко), приступы миоклонического типа (инфантильные спазмы). Эти пароксизмы протекают серийно и имеют злокачественное течение, вызывая глубокую умственную отсталость. Причина данных синдромов — органическое поражение нервной системы, болезни обмена, факоматозы, лейкодистрофии, нейроинфекции, поствакцинальные осложнения. В этом возрасте возможны фебрильные судороги, возникающие при подъеме температуры во время ОРВИ, гриппа, отита, пневмонии.

Аффективно-респираторные судороги — приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с бурным эмоциональным разрядом, отмечаются чаще в возрасте 7—12 месяцев. Диагноз судорожного синдрома может быть уточнен проведением биохимических исследований крови и мочи на содержание кальция, калия, натрия, фосфора, глюкозы, пиридоксина, аминокислот, спинно-мозговой пункции, ЭЭГ.

Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций. Его проявлениями могут быть нарушения функций желудочно-кишечного тракта, сердечной деятельности, дыхания, терморегуляции, сопровождающиеся нарушениями сна, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, склонностью к реакциям страха. Этот синдром нередко сочетается с любыми вышеописанными синдромами.

Синдром врожденного и рано приобретенного слабоумия. Признаками этого синдрома являются отсутствие дифференцированного зрительного и слухового восприятия, избирательных эмоциональных реакций и интегративных форм нервно-психической деятельности. В клинической картине преобладает недоразвитие психических функций, а недостаточность двигательных и сенсорных оказывается на втором плане. Слабоумие может сочетаться с пороками и аномалиями развития, неврологической симптоматикой, судорожными явлениями или выступать изолированно. Этот синдром, как правило, отличается стабильностью, в некоторых же случаях может быть прогредиентным. Причина стационарных форм слабоумия — эмбрио- и фетопатии (поражения плода), перинатальные и ранние постнатальные поражения мозга, аномалии хромосом, генные мутации. Наследственные дефекты метаболизма также могут быть причиной слабоумия. Ранними признаками этого синдрома (во второй половине первого года жизни) оказываются отсутствие или слабость реакций на окружающее, отсутствие дифференцированной улыбки, комплекса оживления при приближении родных. Неспособность отличить своих от чужих, отсутствие дифференцированной реакции на мать, интереса к игрушкам, выразительных мимических движений являются его характерными признаками.

У детей с этим синдромом маловыразительный взгляд, поздно появляется улыбка, отсутствует предметно-манипулятивная деятельность и начальное понимание обращенной речи. Степень отставания моторного развития различна. Психомоторное развитие этих детей находится в зависимости от тяжести слабоумия.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Обследование желательно начинать с опроса родителей. Беседу с ними следует проводить в отсутствие сына или дочери, так как даже детей раннего возраста это может обеспокоить. Самим родителям также будет трудно сосредоточиться, их все время будет отвлекать состояние и поведение ребенка. Помочь им в этой ситуации сможет кто-либо из близких родственников, занимаясь с ребенком во время разговора с врачом. Желательно начинать беседу с жалоб, предъявляемых родителями. Знание того, что их беспокоит, сосредоточит обследующего на обстоятельствах, которые могли быть наиболее вероятными факторами, участвующими в возникновении обсуждаемых расстройств. В числе обсуждаемых тем должна быть семья ребенка: генетические, психологические характеристики, соматическое здоровье, возраст, профессиональные вредности отца и матери и многое другое, что сможет прояснить особенности семейных взаимоотношений, а также модус воспитания ребенка. Следующая тема — течение беременности и все вредности, которые перенесла будущая мать в это время: психотравмирующие факторы, болезни, физические и химические воздействия, а также возможные осложнения вынашивания плода. Значительного внимания заслуживают особенности течения родов и послеродового периода. Личный анамнез ребенка, отражающий темп его психосоматического развития, должен быть дополнен оценкой состояния психического и соматического здоровья матери и ее взаимоотношений с отцом младенца. Важно не только учесть возможные соматические расстройства и отклонения в развитии, но и отметить психологические трудности, возникавшие на коротком жизненном пути малыша (передача на воспитание другому лицу, частые разлуки с матерью, раннее помещение в детское учреждение, госпитализация, постоянные ссоры родителей, беспокойная домашняя обстановка). У проводящего обследование должно сложиться представление о темпераменте (врожденных особенностях психики) ребенка. Оценка активности, ритмичности психосоматических проявлений, степень адаптивности, реагирование на новизну, пороговый уровень раздражителей, интенсивность реакций, качество настроения, отвлекаемость и объем внимания — все это позволит врачу и психологу не только понять поведение ребенка в конкретной обстановке семьи или учреждения, но и оценить степень его приспособленности к окружающей среде. Кроме того, знание темперамента ребенка необходимо для правильного прогноза его приспособления к социальной среде, а также для назначения необходимых мер психологической и социальной поддержки. Обследование самого ребенка должно проводиться при соблюдении ряда условий: в оптимальное для него время, вместе с близкими ему людьми, в процессе взаимодействия с матерью (кормление, пеленание, общение, игра). Желательно пользоваться теми или иными стандартными формами обследования. Для полного представления о ребенке необходимо изучить его социальные возможности, эмоциональное развитие, когнитивный уровень, сформированность речи, двигательную умелость, уровень физического развития, темперамент, характер привязанности к родителям.

С этой целью используются:

1. Анамнестические сведения, полученные от родителей, других лиц, участвующих в воспитании ребенка.
2. Результаты наблюдений за взаимоотношениями родителей с ребенком во время игр.

3. Итоги наблюдений за взаимоотношениями ребенка с врачом, психологом или педагогом в процессе выполнения тестовых или нетестовых заданий.

4. Оценка психомоторной зрелости малыша по какой-либо методике развития ребенка раннего возраста (Bayley Scales of Infant Development, 1969; Denver Development Screening Test, 1971; Revised Development Screening Inventory, 1980; Zwiener K., 1982; Пантюхина Г. В., Печера К. Л., Фрухт Э. Л., 1983; Козловская Г. В., Горюнова А. В., 1995).

5. Результаты наблюдений за реакцией ребенка на разлуку с родителями и их возвращение.

6. История болезни (амбулаторная карта), карта новорожденного, заключения психолога, характеристика педагога.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Лечение психосоматических расстройств у детей является сложным делом в связи с их комплексным патогенезом. Оно определяется этиологией, характером симптомов, особенностями психики ребенка, эмоциональным состоянием родителей и общей ситуацией в семье. Особенного внимания заслуживает тот факт, что младенцы — часть диады «мать — дитя», и потому лечебное вмешательство может быть прямым или косвенным через мать (других близких людей, воспитывающих ребенка).

Непосредственное терапевтическое воздействие: 1) индивидуальное или групповое когнитивное или сенсомоторное стимулирование; 2) уход за ребенком; 3) лечение соматических симптомов; 4) воздействие на эмоциональное состояние ребенка; 5) госпитализация в больницу или посещение дневных стационаров; 6) помещение в детское учреждение; 7) круглосуточное пребывание в детском учреждении; 8) воспитание вне семьи.

Косвенное (через родителей) терапевтическое воздействие: 1) индивидуальное или групповое консультирование, обучение родителей, руководство ими; 2) лечение родителей у психотерапевта или психиатра; 3) проведение организационных и превентивных мер.

Терапевтическое воздействие на диаду «мать — дитя»: 1) терапия семьи; 2) лечение диады по специальным программам; 3) ролевое моделирование, моделирование с использованием обратной связи; 4) организация лечения на дому.

Обследование, диагностику и лечение детей раннего возраста с психосоматическими расстройствами осуществляют совместно педиатр и детский психиатр, пользуясь поддержкой психолога и психотерапевта. При лечении детей с психосоматическими расстройствами желательно иметь в виду несколько положений:

1. Симптомы этих расстройств не подвластны сознанию ребенка, они не являются ни плодом симуляции, ни игрой капризного ребенка. Возникающая боль и нарушения функций реальны.

2. Педиатру, предположившему наличие психосоматического расстройства, до начала лечения следует проконсультировать ребенка у детского психиатра. Обычно это случается, когда при заболевании, воспринимаемом как серьезное, не обнаруживается его причина.

3. До начала терапевтического вмешательства необходимо объяснить родителям роль отрицательных эмоций в происхождении обнаруженных нарушений.

4. Как правило, дети нуждаются в психотерапии, которая должна проводиться одновременно с медикаментозным и другим лечением.

5. Семье и ребенку следует помогать продолжать жить нормальной жизнью и защищать от психотравмирующих ситуаций.

6. Приходится учитывать возможность связи психосоматических расстройств родителей с болезнью ребенка (Forman M., Hetznecker W. H., Dunn J. M., 1983).

Методики для исследования младенцев

Панасюк А. Ю., Бударева Л. А. Определение уровня психического развития детей раннего возраста. — М., 1984.

Пукшанская С. М. Денверская оценочная методика (Denver Development Screening Test) // Проблемы общего психического недоразвития / под ред. Д. Н. Исаева. — Л., 1976. — С. 170.

Ревизованная шкала Стенфорд — Бине, Stanford Binet — Terman — Merrill.

Мамайчук И. И. Развитие ребенка от рождения до семи лет. — СПб., 1998.

Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М. : Медицина, 1981.

Gesell Development Schedules, Cattell Infant Scale.

Тест

1. Невропатия — это:

а) соматовегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;

б) снижение двигательной и психической активности;

в) недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения.

2. Невротические расстройства — это:

а) соматовегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;

б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;

в) недостаточность вегетативной регуляции конституционального или рано приобретенного происхождения.

3. Реакции активного и пассивного протеста — это:

а) отказ от груди, «аффективно-респираторные закатывания», двигательная расторможенность и т. д.;

б) снижение двигательной и психической активности;

в) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности.

4. Синдром гиповозбудимости — это:

а) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги;

б) отказ от груди, «аффективно-респираторные закатывания», двигательная расторможенность и т. д.;

в) снижение двигательной и психической активности.

5. Синдром гипервозбудимости — это:

а) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;

б) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;

в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

6. Гипертензионно-гидроцефальный синдром — это:

а) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность;

б) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги;

в) увеличение черепа, расхождение черепных швов, возбудимость, раздражительность, крикливость, вялость, сонливость.

7. Судорожный синдром — это:

а) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;

б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;

в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

8. Аффективно-респираторные судороги — это:

а) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность;

б) приступы мгновенного выключения сознания во время плача, возникающие в связи с эмоциональным бурным разрядом;

в) генерализованные, очаговые клонические или миоклонические судороги.

9. Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций — это:

а) соматовегетативные нарушения, расстройства сна, пугливость, плаксивость, утомляемость и реакции протеста психогенного происхождения;

б) двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушения сна, рефлекторная возбудимость и снижение порога судорожной готовности;

в) нарушения функций внутренних органов, терморегуляции, расстройства сна, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность.

10. Синдром врожденного или рано приобретенного слабоумия — это:

а) рано проявившееся недоразвитие психических функций;

б) увеличение черепа, расхождение черепных швов, возбудимость, раздражительность, крикливость, вялость, сонливость;

в) слабоумие, возникшее после 3 лет.

Литература

Бауэр Т. Психическое развитие младенца. — М. : Прогресс, 1979.

Диагностика и лечение перинатальных повреждений головного мозга у недоношенных детей в первые недели и месяцы жизни / сост. Е. С. Бондаренко [и др.]. — М., 1986.

Добряков И. В. Перинатальная психология. — СПб. : Питер, 2010.

Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушения психомоторного развития детей первого года. — М. : Медицина, 1981.

Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста. — М., 1995.

Внешняя среда и психическое развитие ребенка / под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской. — М. : Медицина, 1984.

Кириченко Е. И. [и др.]. Психопатологическая структура реактивных депрессий у детей раннего возраста // Невр. психиат. — 1986. — № 10. — С. 1555—1560.

Клинико-психологические методы обследования нервно-психических состояний детей раннего возраста / Г. В. Козловская [и др.]. — М., 1984.

Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. — СПб. : Питер, 2001.

Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец. — СПб. : Университет, 1999.

Развитие и воспитание ребенка первого года жизни / Е. Б. Губайдулина, Е. Л. Лобачева. — Екатеринбург, 1992.

Глава 14. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Расстройства, включенные в этот раздел, отличаются следующими признаками:

а) начало в младенчестве или детстве;

б) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;

в) постоянное течение, без ремиссий или рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно-пространственные навыки и/или двигательную координацию. Характерной особенностью повреждения является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше (хотя более легкая недостаточность часто остается во взрослой жизни). Обычно задержка в развитии или повреждение имеются с такого раннего периода, как только это могло быть обнаружено, без предшествующего периода нормального развития. Большинство этих состояний отмечается у мальчиков.

Для нарушений развития характерна наследственная отягощенность подобными или родственными расстройствами, и имеются данные, предполагающие важную роль генетических факторов в этиологии многих (но не всех) случаев. Средовые факторы часто оказывают влияние на нарушенные развивающиеся функции, но в большинстве случаев они не имеют первостепенного значения. Однако часто этиология психопатологических синдромов не известна, и сохраняется неясность относительно границ и критериев выделения определенных подгрупп нарушений развития.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (F80—F89)

Задержка психического развития может быть связана с нарушением темпа созревания какой-либо нейрофизиологической системы: речи, психомоторики или механизмов, отвечающих за формирование чтения, письма и счета. В структуре психики важное место занимает недостаточность тех сторон познавательной деятельности, которые наиболее тесно связаны с задержанными в своем развитии функциями.

Специфические расстройства развития речи (F80)

Это такие расстройства, при которых нормальное речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояния нельзя объяснить неврологическим или речевым механизмом патологии, сенсорными повреждениями, умственной отсталостью или средовыми факторами. Ребенок может быть более способен общаться или понимать в определенных, хорошо известных ситуациях, по сравнению с другими, но речевая способность всегда повреждена.

Дети со специфическими нарушениями речи и языка резко отличаются от нормы, хотя большая часть из них достигает в конечном счете нормального уровня развития речевых навыков. Они имеют множество сопутствующих проблем. Задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими рас-

стройствами. Поэтому ранняя и тщательная диагностика специфических нарушений развития речи очень важна. Не существует строго очерченного разграничения от крайних вариантов нормы, но для суждения о клинически значимом расстройстве используются следующие основные критерии: тяжесть, течение и сопутствующие проблемы.

Как общее правило, задержка речи может считаться патологической, когда она является достаточно тяжелой с отставанием на два стандартных отклонения. В большинстве случаев такого уровня тяжести имеются сопутствующие проблемы. Однако у детей старшего возраста уровень тяжести в статистическом выражении имеет меньшее диагностическое значение, так как существует естественная тенденция к неуклонному улучшению. В этой ситуации полезным показателем оказывается течение расстройства. Если текущий уровень нарушения относительно легкий, но тем не менее в анамнезе имеется тяжелая степень нарушения, то более вероятно, что текущее функционирование представляет собой последствие значительного расстройства, а не варианта нормы. Необходимо обращать внимание на тип речевого функционирования; если тип нарушения патологический (т. е. аномальный, а не просто вариант, соответствующий более ранней фазе развития) или если речь ребенка содержит качественно патологические признаки, то, вероятно, это клинически значимое расстройство. Более того, если задержка в некоторых специфических аспектах развития речи сопровождается недостаточностью школьных навыков (таких, как специфическое отставание в чтении и письме), нарушениями в межперсональных отношениях и/или эмоциональными или поведенческими расстройствами, то маловероятно, что это вариант нормы.

Вторая трудность в диагностике относится к дифференциации от умственной отсталости или общей задержки развития. Так как интеллектуальное развитие включает в себя вербальные навыки, вероятно, что если коэффициент умственного развития ребенка существенно ниже среднего, то его речевое развитие будет также ниже среднего. Диагноз специфического развития предполагает, что специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования. Соответственно, когда задержка речи является частью общего отставания умственного развития или общей задержки развития, данное состояние должно диагностироваться как умственная отсталость. Однако для умственной отсталости характерно сочетание с неравномерностью интеллектуальной продуктивности, особенно с таким речевым нарушением, которое обычно более серьезно, чем задержка невербальных навыков. Когда это несоответствие проявляется в такой заметной степени, что становится очевидным в повседневной жизнедеятельности ребенка, специфическое нарушение развития речи должно диагностироваться в дополнение к диагнозу умственной отсталости.

Третья трудность касается дифференциации от вторичных расстройств вследствие тяжелой глухоты или некоторых специфических неврологических или других анатомических нарушений. Тяжелая глухота в раннем детстве всегда ведет к заметной задержке и искажению речевого развития; такие состояния не должны включаться сюда, так как они являются прямым следствием потери слуха. Однако нередко более серьезные нарушения развития воспринимающей речи сопровождаются парциальным избирательным повреждением слуха (особенно частот высоких тонов). Эти расстройства не могут быть диагностированы как нарушения развития речи, если тяжесть поражения слуха объясняет задержку речи, но могут быть отнесены к ним, если частичная потеря слуха только осложняющий фактор, не основная причина.

Сходный принцип применяется для отграничения от неврологической патологии и анатомических дефектов. Так, патология артикуляции, обусловленная рас-

щелиной неба, или дизартрия вследствие церебрального паралича не должны диагностироваться как нарушение развития речи. С другой стороны, наличие легкой неврологической симптоматики, которая не могла бы вызвать задержку речи, не является основанием для исключения диагноза: нарушение развития речи.

Задержки речевого развития. Уровень психического развития в значительной степени определяется формированием речи. С возрастом совершенствуется ситуативное использование речи, происходит становление монологической, конкретной речи, расширяется словарный запас, оформляется грамматический строй речи, саморегулирующая и коммуникативная функции речи становятся все более важными в жизни ребенка. В некоторых случаях замедляется развитие тех или иных составляющих речи. Фонологическое недоразвитие проявляется в виде незрелости или патологического формирования произносительной стороны речи. Оно может проявляться «фонологическим инфантилизмом», т. е. задержкой формирования речи на более ранних возрастных этапах. Если к определенному возрасту фонематический анализ и синтез не успеют сформироваться, то это сказывается на способностях к овладению грамотой. Кроме того, нарушается различение близких фонем, звонких и глухих (б—п, д—т, г—к), свистящих и шипящих согласных (с—з, ж—ш), возникают ошибки при сочетании нескольких согласных, а также пропуски и перестановки слогов и звуков, ассимиляции и редупликации.

Лексико-грамматическое недоразвитие проявляется незрелостью, запаздыванием в созревании лексических и грамматических навыков или их стойким недоразвитием (Корнев А. Н., 1989). Так, например, активный словарь может отставать в своем развитии от пассивного лексикона. При этом отсутствуют слова, обозначающие сложные качества предметов и тонкости отношений. Свойства предметов и их особенности обозначаются без дифференциации. Так, слово «маленький» может использоваться для характеристики и длины, и объема, и массы, и площади. Судить о недостаточном развитии динамических характеристик речи можно по отставанию развития монологической речи, что объясняют незрелостью и несформированностью внутреннего программирования и грамматического структурирования. В этих случаях ребенок, высказываясь по определенному поводу, теряет смысл сказанного, заменяя собственные суждения ранее слышанными речевыми штампами. Эти расстройства, безусловно, ухудшают мышление и познавательную активность ребенка.

Нарушение фонематического слуха приводит к затруднениям понимания слышимой речи и ошибкам при чтении и письме. Обычно в этих случаях не страдают способности к математическим действиям. Речь формируется в координации с развитием других психических процессов. Речь, будучи включенной в другие процессы, производит их перестройку, в то же время развитие самой речи зависит от уровня сформированности других психических функций. Это связано с тем, что наряду с вербальным отображением действительности существует двигательное и перцептивное восприятие, в которое как необходимый компонент входит и эффективный образ окружающего. Речевая система надстраивается над всеми остальными системами, перестраивая их на категориальной основе. Однако речевая система отображает действительность в чрезвычайно обобщенных единицах. Чтобы речь могла перестроить другие психические процессы, последние должны также обладать определенной обобщенностью. При отсутствии таких предречевых обобщений возникает дефицитарность в самой речевой системе. Общее для всех этих нарушений — расстройства взаимовлияния речи на другие процессы. При задержке речевого развития имеет место застревание на этапе ситуативной речи (Лебединский В. В., 1989). Нарушения речевого развития, как известно, сочетаются с моторной неловкостью и отклонениями в латерализации двигатель-

ных функций. Реакции ЭЭГ сенсомоторной коры запаздывают в своем созревании, они менее выражены, и их характер зеркален по отношению к нормальным. Среди детей, страдающих недоразвитием речи, высока доля неправоруких, и у них отсутствует межполушарная асимметрия (Вятлева О. А., 1989). Изучение гнозиса и праксиса у детей с нарушением речевого развития выявило, что перцептивные и моторные функции нарушены, замедлены в адекватном возрастном развитии. Изменения ЭЭГ диффузны и проявляются прежде всего в медленной волновой активности, наличии острых волн, очаговой или диффузной пароксизмальной активности. Этим доказывается системность в задержке развития не только речи, но и остальных высших корковых функций у детей с таким видом речевых нарушений (Райчев Р., 1989).

Специфическое расстройство артикуляции речи (F80.0)

Специфическое расстройство развития, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, но при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

Возраст приобретения ребенком речевых звуков и порядок, в котором они развиваются, подвержены значительным индивидуальным колебаниям.

Нормальное развитие. В возрасте 4 лет ошибки в произнесении звуков речи являются общими, но ребенок легко может быть понят незнакомыми людьми. Большинство речевых звуков приобретается к возрасту 6—7 лет. Хотя могут оставаться трудности в определенных звуковых комбинациях, они не ведут к затруднениям в общении. К возрасту 11—12 лет почти все речевые звуки должны быть приобретены.

Патологическое развитие имеет место, когда приобретение ребенком звуков речи задержано или отклоняется, проявляясь в форме дизартикуляции с соответствующими трудностями для других в понимании его речи; пропусках, искажениях или заменах речевых звуков; изменениях в произношении звуков в зависимости от их сочетания (т. е. в некоторых словах ребенок может произносить фонемы правильно, а в других — нет).

Диагноз может быть поставлен только тогда, когда тяжесть нарушения артикуляции находится за пределами границ нормальных вариаций, соответствующих умственному возрасту ребенка; интеллектуальный невербальный уровень в пределах нормы; навыки экспрессивной и рецептивной речи в пределах нормы; патология артикуляции не может быть объяснена сенсорной, анатомической или невротической аномалией; неправильное произношение является, несомненно, аномальным, исходя из особенностей употребления речи в субкультуральных условиях, в которых находится ребенок. Таким образом, диагностическое понятие специфического расстройства артикуляции речи включает расстройство развития артикуляции, функциональное расстройство артикуляции, лепетную речь, дислалию, расстройство фонологического развития. Оно отграничивается от расстройства артикуляции вследствие афазии, апраксии, нарушения артикуляции, сочетающегося с расстройством развития экспрессивной и рецептивной речи, расщепления неба и других аномалий ротовых структур, участвующих в речевом функционировании, потери слуха, умственной отсталости.

Расстройство экспрессивной речи (F80.1)

Специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройства артикуляции.

Хотя при нормальном речевом развитии встречается значительное индивидуальное разнообразие, отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам или простых выражений или фраз из двух слов к трем годам должны быть расценены как значительные признаки задержки. Поздние нарушения включают: ограниченное словарное развитие; чрезмерное использование небольшого набора общих слов; трудности в подборе подходящих слов и слов-заменителей; сокращенное произношение; незрелую структуру предложений; синтаксические ошибки, особенно пропуски словесных окончаний или приставок; неправильное использование или отсутствие грамматических признаков, таких как предлоги, местоимения, и спряжений или склонений глаголов и имен существительных. Иногда наблюдаются чрезмерно обобщенное употребление правил, а также отсутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

Часто недостаточность разговорной речи сопровождается задержкой или нарушением словесно-звукового произношения.

Диагноз должен быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии экспрессивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка, а навыки рецептивной речи — в нормальных пределах для умственного возраста ребенка (хотя часто она может быть немного ниже среднего уровня). Использование невербальных реплик (таких, как улыбка и жесты) и «внутренней» речи, отраженной в воображении или ролевой игре, относительно не нарушено; способность к социальному общению без слов относительно не повреждена. Ребенок будет стремиться к общению, несмотря на речевое нарушение, и к компенсированию недостатка речи жестами, мимикой или неречевыми вокализациями. Однако нередко встречаются сопутствующие нарушения во взаимоотношениях со сверстниками, эмоциональные нарушения, поведенческие расстройства и/или повышенная активность и невнимательность. В меньшем числе случаев может отмечаться сопутствующая парциальная (часто избирательная) потеря слуха, но она не должна быть столь значительной, чтобы вести к задержке речи. Лишение ребенка общения с людьми может играть важную или способствующую роль в происхождении нарушенного развития экспрессивной речи. В этом случае причинный фактор среды должен быть отмечен. Нарушение разговорной речи становится очевидным с младенчества, без какой-либо длительной, отчетливой фазы нормального развития речи. Однако нередко встречается явное нормальное вначале использование нескольких отдельных слов, сопровождаемое речевым регрессом или отсутствием прогресса.

Расстройство рецептивной речи (F80.2)

Неспособность реагировать на знакомые названия (в отсутствие невербальных реплик) с первого дня рождения, неспособность идентифицировать по крайней мере несколько предметов к 18 месяцам или неспособность следовать простым инструкциям в возрасте двух лет должны быть оценены как существенные признаки задержки в речевом развитии. Поздние нарушения включают неспособность к пониманию грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т. д.), непонимание более тонких аспектов речи (тона голоса, жестов и т. д.).

Диагноз может быть установлен только тогда, когда тяжесть задержки в развитии рецептивной речи выходит за пределы нормальных вариаций для умственного возраста ребенка и когда нет признаков общего расстройства развития. Почти во всех случаях развитие экспрессивной речи также серьезно задержано, и часто встречаются нарушения словесно-звукового произношения. Из всех вариантов специфических нарушений развития речи при этом варианте отмечается наиболее

высокий уровень сопутствующих социальных, эмоциональных и поведенческих расстройств. Эти расстройства не имеют каких-либо специфических проявлений, но гиперактивность и невнимательность, социальная неприспособленность и изоляция от сверстников, тревога, чувствительность и чрезмерная застенчивость встречаются достаточно часто. У детей с более тяжелыми формами нарушения рецептивной речи может отмечаться довольно выраженная задержка в социальном развитии; возможна подражательная речь с непониманием ее смысла и может проявляться ограничение интересов. Однако они отличаются от аутистических детей, обычно показывая нормальное социальное взаимодействие, нормальные ролевые игры, нормальное обращение к родителям для получения комфорта, почти нормальное использование жестов и только легкое нарушение невербального общения. Нередко бывает легкая степень потери слуха на высокие тона, но степень глухоты недостаточна, чтобы вызвать нарушение речи.

Это расстройство охватывает также такие клинические формы, как афазия или дисфазия развития рецептивного типа, словесная глухота, врожденная слуховая невосприимчивость, афазия Вернике, связанная с развитием.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНЫХ НАВЫКОВ (F81)

У 2—10 % детей, обучающихся в массовых школах, может наблюдаться неспособность к овладению навыками чтения, письма и счета при нормальном развитии интеллекта. При этом соотношение числа дислексий у девочек и мальчиков, по данным разных авторов, колеблется от 1 : 3 до 1 : 20 (Critchley M., 1970; Eisenberg L., 1959). Ее возникновение объясняют нарушениями в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции. Эти нарушения в обучении не являются прямым следствием других состояний (таких, как умственная отсталость, грубые неврологические дефекты, неоткоррегированные зрительные или слуховые дефекты или эмоциональные расстройства), а также результатом неадекватного обучения.

Это такие расстройства, при которых нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Они не являются следствием отсутствия благоприятной возможности для обучения или какой-либо полученной мозговой травмы или болезны.

Считается, что расстройства возникают из-за нарушения в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции. Как и при большинстве других нарушений развития, данное состояние существенно чаще отмечается у мальчиков, чем у девочек.

Дети обучаются читать, писать, произносить слова по буквам и совершенствовать арифметические вычисления, когда их приобщают к этой деятельности и в школе, и дома. В пределах любых образовательных систем ясно, что в каждой возрастной группе школьников существует разброс в школьных достижениях, и у некоторых детей отмечается неспособность к специфическим аспектам школьных навыков относительно их общего уровня интеллектуального функционирования.

Специфические расстройства развития школьных навыков (СРРШН) часто наблюдаются в сочетании с другими клиническими синдромами (такими как расстройство, проявляющееся дефицитом внимания, или расстройство поведения) или другими расстройствами развития, такими как специфическое расстройство развития моторных функций или специфические расстройства развития речи.

Этиология СРРШН не известна, но существует предположение о ведущей роли биологических факторов, которые, чтобы вызвать проявления состояния, находятся во взаимодействии с небиологическими факторами (такими, как наличие

благоприятной возможности для обучения и качество обучения). Хотя данные нарушения связаны с биологическим созреванием, все же это не значит, что дети с подобными расстройствами находятся просто на более низком уровне нормального континуума и, следовательно, «догонят» со временем сверстников. Во многих случаях признаки этих нарушений могут продолжаться в подростковом возрасте, сохраняясь и у взрослых. Тем не менее необходимой диагностической особенностью является то, что расстройства проявляются в определенных формах в ранние периоды школьного обучения. Дети могут отставать в своем школьном совершенствовании и на более поздней стадии получения образования (в связи с отсутствием интереса к учебе, плохой образовательной программой, эмоциональными нарушениями, возрастанием или изменениями в требованиях заданий и т. д.), однако такие проблемы не входят в концепцию СРРШН.

Существует несколько *основных требований для диагностики* любого из специфических расстройств развития школьных навыков.

Во-первых, это должна быть клинически значимая степень нарушения какого-либо определенного школьного навыка. Об этом можно судить:

1) по тяжести, определенной по школьной успеваемости (т. е. такая степень нарушения, которая могла бы встречаться менее чем у 3 % детей школьного возраста);

2) по предшествующим нарушениям развития (т. е. задержка или отклонение в развитии в дошкольные годы, чаще всего в речи);

3) по сопутствующим проблемам (таким, как невнимательность, повышенная активность, эмоциональные нарушения или нарушения в поведении);

4) по типу расстройства (т. е. наличию качественных нарушений, обычно не являющихся частью нормального развития);

5) по реакции на терапию (т. е. школьные трудности не сразу уменьшаются по мере усиления помощи дома и/или в школе).

Во-вторых, нарушение должно быть специфическим в том смысле, что его нельзя объяснить только умственной отсталостью или не столь выраженным снижением общего интеллектуального уровня. Так как коэффициент умственного развития и школьные достижения не идут параллельно, это решение может быть сделано только на основе индивидуально назначаемых тестов на усвоенный материал и коэффициент умственного развития, соответствующих определенной культуре и образовательной системе. Такие тесты должны использоваться вместе со статистическими таблицами, а также с данными о среднем ожидаемом уровне усвоения школьного материала при определенном коэффициенте умственного развития в данном возрасте. Это последнее требование необходимо в связи с важностью эффекта статистической регрессии: диагноз, основанный на вычитании возраста, соответствующего усвоенному школьному материалу, от умственного возраста ребенка, является серьезно вводящим в заблуждение. Однако в обычной клинической практике эти требования в большинстве случаев не будут выполняться. Таким образом, клиническое указание заключается просто в том, что уровень школьных знаний ребенка должен быть существенно ниже, чем ожидаемый для ребенка того же умственного возраста.

В-третьих, нарушение должно быть связано с развитием в том смысле, что должно присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться позднее в ходе образования. Сведения о школьных успехах ребенка должны подтверждать это.

В-четвертых, должны отсутствовать внешние факторы, которые можно рассматривать как причину школьных трудностей. Как сказано выше, вообще диагноз СРРШН должен опираться на положительные доказательства клинически значимого нарушения усвоения школьного материала в сочетании с внутренни-

ми факторами в развитии ребенка. Однако для того чтобы обучаться эффективно, дети должны иметь адекватные возможности для обучения. Следовательно, если ясно, что плохие школьные достижения непосредственно обусловлены очень длительным посещением школы без обучения на дому или грубо неадекватным обучением, то данные нарушения не соответствуют диагнозу этого расстройства. Частые непосещения школы или перерывы в образовании вследствие смены школы обычно недостаточны, чтобы привести к школьной задержке в степени, необходимой для диагноза СРРШН. Однако плохое обучение в школе может осложнить проблему, в этом случае школьные факторы должны шифроваться с помощью другого кода.

В-пятых, специфические нарушения развития школьных навыков не должны быть прямо обусловлены неоткоррегированными зрительными или слуховыми расстройствами.

Клинически важно дифференцировать СРРШН, которые возникают в отсутствие какого-либо диагностируемого неврологического расстройства, и СРРШН вторичные к некоторым неврологическим состояниям, таким, как церебральный паралич. В описываемое расстройство включаются специфическое нарушение навыков чтения — дислексия; специфическое нарушение навыков письма — дисграфия; специфическое нарушение арифметических навыков — дискалькулия; смешанное расстройство школьных навыков — трудности обучения.

Специфическое расстройство чтения (дислексия) (F81.0)

Основной признак — специфическое и значительное нарушение в развитии навыков чтения, которое нельзя объяснить исключительно умственным возрастом, проблемами остроты зрения или неадекватного обучения в школе. Могут быть нарушены навыки понимания чтения и совершенствования на заданиях, требующих чтения. Трудности письма часто сочетаются со специфическим расстройством чтения и часто остаются в подростковом возрасте даже после некоторого прогресса в чтении. У детей со специфическим расстройством чтения в анамнезе часты специфические расстройства развития речи. И всестороннее исследование функционирования речи на данный момент часто обнаруживает сохраняющиеся легкие нарушения помимо отсутствия успехов в теоретических предметах. В дополнение к академическим неудачам довольно частыми осложнениями являются плохая посещаемость и проблемы в социальном приспособлении, особенно в начальной или средней школе. Данное состояние обнаруживается во всех известных языковых культурах, но неясно, как часто это нарушение бывает обусловлено речью или шрифтом.

Продуктивность чтения ребенка должна быть значительно ниже уровня, ожидаемого в соответствии с возрастом ребенка, его общей интеллектуальностью и школьной успеваемостью. Продуктивность лучше оценивать на основе индивидуально назначаемых стандартизированных тестов на точность и понимание прочитанного материала. Конкретная природа трудностей чтения зависит от ожидаемого уровня чтения и от языка и шрифта. Однако на ранних стадиях обучения алфавитному шрифту могут быть трудности в пересказе алфавита или распределении по категориям звуков (вопреки нормальной остроте слуха).

Позднее могут быть ошибки в навыках устного чтения, такие, как: а) пропуски, замены, искажения или дополнения слов или частей слов; б) медленный темп чтения; в) попытки начать чтение заново, длительные запинки или «потеря места» в тексте или неточности в выражениях; г) перестановка слов в предложениях или букв в словах.

Также могут быть затруднения в понимании читаемого материала, например: а) неспособность вспомнить факты из прочитанного; б) неспособность сделать

заключение или выводы из сущности прочитанного текста; в) использование скорее общих знаний для ответов на вопросы о прочитанной истории, чем информации из конкретного рассказа.

Характерно, что в более позднем детстве и во взрослой жизни трудности письма становятся более глубокими, чем недостаточность чтения. Нарушения письма часто включают в себя фонетические ошибки, и, по-видимому, трудности в освоении чтения и письма могут частично происходить вследствие нарушения фонологического анализа. Мало известно о природе и частоте орфографических ошибок письма у детей, которые должны читать нефонетические языки, и мало известно о типах ошибок в неалфавитном тексте.

Специфическим нарушениям навыков чтения обычно предшествуют расстройства развития речи. В других случаях у ребенка могут отмечаться нормальные этапы развития речи в соответствии с возрастом, но все же могут быть трудности в обработке словесной информации, что проявляется в категоризации звуков, в рифмовании и, возможно, дефектами в различении звуков речи, последовательной слуховой памяти и слуховой ассоциации. В некоторых случаях также могут отмечаться проблемы в обработке зрительной информации (такие как различение букв), однако они являются общими среди детей, которые только начинают обучаться чтению, и, следовательно, не являются причинно связанными с плохим чтением. Также обычными являются нарушения внимания, сочетающиеся с повышенной активностью и импульсивностью. Конкретный тип нарушения развития в дошкольном периоде значительно варьирует от ребенка к ребенку, так же как и его тяжесть, тем не менее такие нарушения являются обычными (но не обязательными).

Типичны в школьном возрасте и сопутствующие эмоциональные и/или поведенческие расстройства. Эмоциональные расстройства более свойственны ранним школьным годам, но нарушения поведения и синдромы гиперактивности более вероятны в позднем детстве и в подростковом возрасте. Часто отмечаются низкая самооценка, нарушения школьной адаптации и взаимоотношений со сверстниками.

Специфическое расстройство письма (дисграфия) (F81.1)

Это расстройство, при котором главная черта — специфическое и значительное нарушение в развитии навыков письма при отсутствии предшествующего специфического расстройства навыков чтения и которое не объясняется исключительно низким умственным возрастом, проблемами остроты зрения и неадекватного обучения в школе. Нарушается способность устно произносить слова по буквам и писать их правильно. Дети, проблемы которых заключаются исключительно в плохом почерке, не должны сюда включаться, но в некоторых случаях трудности письма могут быть связаны с правописанием. В отличие от характеристик, обычно выявляемых при специфическом расстройстве чтения, ошибки при письме имеют тенденцию быть не связанными с фонетическими расстройствами.

Письмо ребенка должно быть значительно ниже уровня, ожидаемого на основе его возраста, общего интеллекта и успеваемости. Это лучше расценивать с помощью тестов на письмо. Навыки чтения ребенка (как правильность, так и понимание) должны быть в пределах нормы, и не должно отмечаться предыстории значительных трудностей чтения. Трудности в письме не должны быть обусловлены, главным образом, грубо неадекватным обучением или нарушением зрительных, слуховых или неврологических функций. Также они не могут быть приобретены вследствие какого-либо неврологического, психического или другого расстройства.

Хотя известно, что «чистая» дисграфия дифференцируется от нарушений чтения, сочетающихся с трудностями письма. Однако мало известно в отношении предшествующих нарушений, динамики, коррелятов и исхода специфических расстройств письма. Исключаются трудности письма, сочетающиеся с нарушением чтения, трудности письма, определяемые в основном неадекватным обучением, приобретенное расстройство письма.

В некоторых случаях встречается так называемое расстройство спеллингования, т. е. нарушение произношения слов по отдельным буквам и написания их правильно. Иногда это затрудняет обучение письму. Дисграфия не соответствует возрастным и интеллектуальным возможностям, а также реальной успеваемости. Она выражается в нарушениях соотнесения звуков устной речи с их написанием, грубых расстройствах самостоятельного письма под диктовку и при изложении (замена букв, соответствующих сходным по произношению звукам, пропуски букв и слогов, их перестановка, расчленение слов и слитное написание двух и более слов, замена графически похожих букв, зеркальное написание букв: например, «q» вместо «р», «л» вместо «п», «n» вместо «и» и др.). Кроме того, может быть нечеткое написание слов и букв, соскальзывание со строки и т. п.

Специфическое расстройство счета (дискалькулия) (F81.2)

Это расстройство включает специфическое нарушение навыков счета, которое нельзя объяснить исключительно общим психическим недоразвитием или грубо неадекватным обучением. Дефект касается основных вычислительных навыков сложения, вычитания, умножения и деления (предпочтительнее, чем более абстрактных математических навыков, включаемых в алгебру, тригонометрию, геометрию или математические исчисления).

Продуктивность в арифметике у ребенка должна быть значительно ниже уровня, ожидаемого в соответствии с его возрастом, общей интеллектуальностью и успеваемостью. Это лучше расценивать на основе индивидуально назначаемых стандартизированных тестов на счет. Навыки чтения и письма должны быть в пределах нормы, соответствующей умственному возрасту ребенка, оцениваемому по индивидуально подобранным адекватным стандартизированным тестам. Трудности в арифметике не должны быть обусловлены, главным образом, грубо неадекватным обучением, дефектами зрения, слуха или неврологических функций и не должны быть приобретены вследствие какого-либо неврологического, психического или другого расстройства.

Расстройства навыков счета менее изучены, чем расстройства чтения. Знания о предшествующих расстройствах, динамике, коррелятах и об исходе ограничены. Однако предполагают, что в отличие от многих детей с расстройствами чтения здесь есть тенденция к сохранению в пределах нормы слуховоспринимающих и вербальных навыков, тогда как зрительно-пространственные и зрительно-воспринимающие навыки могут быть нарушенными. У некоторых детей отмечаются сопутствующие социальные и эмоциональные поведенческие проблемы, но мало известно об их особенностях или частоте. Предполагают, что трудности в социальном взаимодействии могут быть весьма частыми.

Отмечающиеся арифметические трудности различны и могут включать: недостаточность понимания понятий, лежащих в основе арифметических операций; отсутствие понимания математических терминов или знаков; неспособность распознать числовые знаки; трудность в понимании того, какие числа, относящиеся к данному арифметическому действию, необходимо использовать; трудность в усвоении порядка выстраивания чисел или в усвоении десятичных дробей или знаков во время вычислений; неспособность удовлетворительно выучить таблицу умножения.

Дискалькулия проявляется в особых трудностях образования понятия числа и понимания структуры чисел. Особые трудности вызывают цифровые операции, связанные с переходом через десяток. Затруднено написание многозначных чисел (например, число 101 ребенок пишет как 100 и 1). Часто отмечается зеркальное написание цифр и цифровых сочетаний — «21» вместо «12», «9» вместо «6». Могут быть нарушения пространственных отношений (дети путают правую и левую стороны тела, взаимное расположение предметов — «спереди», «сзади», «сбоку», «над», «под» и т. д., положение стрелок на циферблате часов и т. п.). Возможно возникновение специфического расстройства счета, при котором страдают основные вычислительные навыки — сложения, вычитания, умножения и деления, а не только абстрактные математические навыки, необходимые для решения алгебраических, геометрических и тригонометрических задач. Среди арифметических трудностей — непонимание понятий, лежащих в основе арифметических операций, отсутствие понимания математических терминов или знаков, нераспознавание числовых знаков, неспособность проведения арифметических действий, освоения числового ряда, усвоения десятичных дробей или знаков в процессе вычисления, плохая пространственная организация арифметических вычислений, неспособность удовлетворительно выучить таблицу умножения. Продуктивность в выполнении счетных операций значительно ниже, чем у сверстников, не соответствует интеллектуальному развитию и не может быть объяснена общей успеваемостью. Навыки чтения и спеллингования при этом, как правило, в пределах нормы. Слухо-воспринимающие и вербальные функции обычно без особенностей, тогда как зрительно-пространственные и зрительно-воспринимающие имеют тенденцию к нарушению. Могут быть также эмоциональные и поведенческие трудности. Чаще же встречаются нарушения социального взаимодействия.

Встречается также и смешанное расстройство школьных навыков, при котором нарушаются как навыки чтения, так и арифметические навыки, не объясняемые общей умственной отсталостью или неадекватным обучением.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ (F82)

Классификация моторных расстройств.

Негативные симптомы (нормальная двигательная функция выпадает): параличи, ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

Позитивные симптомы (патологические движения): гиперкинезы (патологически усиленная моторика, иногда с непроизвольными движениями), миоклонии (толчкообразные сокращения отдельных мышц), тики (непроизвольные координированные движения, краткие подергивания мышц), изменения мышечного тонуса, например при ригидности (патологически повышенное мышечное напряжение).

При *первично-органических расстройствах* нарушения происходят в мышечной, скелетной и нервной системах.

При *психогенных двигательных расстройствах* наличие органических нарушений доказать невозможно. На их возникновение влияют психические факторы, их улучшение достигается под влиянием психотерапии, картина проявлений не сопоставима с симптоматикой известных органических двигательных расстройств, имеются признаки какого-либо психического расстройства.

При расстройствах, возникающих вследствие неадекватной компенсации, заученная двигательная программа заменяется неэргономичными движениями (писчий спазм).

Этиология / анализ условий возникновения моторных расстройств

Задержка психического развития со специфическим расстройством развития двигательных функций (синдром детской неуклюжести, диспраксия развития). Основное клиническое проявление — серьезное нарушение двигательной координации, которое нельзя объяснить неврологическим расстройством. При этом моторная неуклюжесть сочетается с неспособностью к решению зрительно-пространственных когнитивных задач. Степень нарушения тонкой и грубой двигательной моторики варьирует. Задерживаются не только этапы развития моторных функций, но и некоторые механизмы артикуляции, что приводит к сопутствующим трудностям речи. У ребенка обнаруживается неуклюжая походка, он медленно обучается бегать, прыгать, подниматься и спускаться по лестнице, долго не способен научиться завязывать шнурки, застегивать пуговицы, бросать и ловить мяч. Неуклюжесть может наблюдаться как в тонких, так и в крупных движениях, что проявляется в склонности ронять вещи, спотыкаться, ударяться о препятствия и плохом почерке. Такой ребенок плохо рисует, не справляется с заданиями на составления из частей целого (кубики, мозаика), не может создать строительные и другие модели, начертить (понять) план или карту. При неврологическом обследовании могут быть обнаружены хореиформные и зеркальные движения, негрубые неврологические симптомы, повышенные или пониженные сухожильные рефлексы с обеих сторон. Возможны также трудности обучения в школе и/или социоэмоциональные, а также поведенческие нарушения.

Расстройства выполнения движений

Сюда относятся расстройства программы управления, регуляции и координации.

Расстройства программы управления. Несколько программ координируют движения и приспосабливают их к новым условиям. Например, расстройства параметризации двигательных программ при синдроме паркинсонизма. Программа сохранена, но не обеспечивает адекватности различных движений.

Расстройства регуляции — зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии — следствие повреждения задней области теменных долей.

Расстройства координации. В движении участвует ряд мышц, которые должны сокращаться в определенной последовательности и с определенной интенсивностью.

Избыточная активность — возрастает мышечное напряжение. Одновременное сокращение мышц-антагонистов. Пример: писчий спазм.

Кинетическая атаксия — расстройство целенаправленных движений. Пример — интенционный тремор.

Синергии (одновременное сокращение не участвующих в движении мышц) — торможение активности внутри рефлекторных дуг. Возникает при нарушении регуляции мозжечком сочетанного действия различных мышц.

Возрастные различия двигательной активности

В младенчестве отмечаются массовые недифференцированные движения автоматического и защитного характера, обусловленные деятельностью паллидум, затем стриатум. Позже формируются лазанье, обхватывание, недифференцированные реакции страха, появляются симптомы Бабинского, Моро, атетоидные движения, супинальное положение ног, а затем дорсальная и плантарная флексия, хватательные рефлексы. Ползание предшествует хождению.

В 1—2 года у ребенка неуклюжие и неустойчивые движения. Нет достаточной регуляции тонуса. Появляются выразительные и защитные движения. Затем обиходные. Стриатум развит. Положение тела отличается лордозом.

3—7 лет. Дети подвижны и грациозны. Способность к передвижениям и выразительным движениям. Двигательное богатство осуществляется за счет свободных движений и совершается за счет их точности. От точных движений утомляется и стремится к играм, где движения свободны. Преобладают выразительная, изобразительная и обиходная моторика. Неутомимость связана с отсутствием продуктивных движений, требующих преодоления сопротивления и точности, а, следовательно, и большой затраты энергии. Темп, ритм, иннервация и денервация уже хорошо развиты. Начинают развиваться корковые функции. Уменьшается число синкинезий, сила движений слаба. Недостаточны последовательные и непрерывные движения, их точность.

7—10 лет. Научаются пользоваться своим двигательным аппаратом. Появляются личные особенности мимики и жестов. Движения становятся экспрессивными. Только при аффекте движения становятся, как раньше, диффузными (стриопаллидарными).

10—13 лет. Несколько уменьшается богатство движений. Налаживаются мелкие точечные движения. Остается неспособность к длительной установке на продуктивную работу из-за недостаточности фронтальных механизмов.

Пубертатный возраст. Некоторая гармония нарушается. Происходит перестройка моторного аппарата. Богатство движений без детской грации. Нарушается умение владеть движениями, соразмерять их. Движения неловкие, угловатые, избыточные гримасы, недостаток координации, нарушение торможения. Центр отстает от роста периферии. Освобождаются примитивные механизмы. Плохо соизмеряется с препятствиями, нет экономии движений. Полярные колебания. Конституциональные особенности заостряются. Замедление и эксплозивность моторных функций. Возбуждение и угнетение. Инфантильная подвижность и паретическая слабость.

Двигательная недостаточность:

1. *Моторный инфантилизм Гомбургера.* Моторные проявления свойственны раннему детству. Например, запаздывание начала сидения, ходьбы, «хватательные» движения ног, вялость мускулатуры шеи, головы и т. д. Дорсальная флексия большого пальца, симптом Моро, атетоидные движения. Неустановившиеся отношения между пирамидной и экстрапирамидной системами. Наблюдается у глубоко умственно отсталых лиц.

2. *Моторная дебильность Дюпре.* Синкинезии (излишние движения) как следствие недостаточной дифференцированности движений. Например, при попытках закрыть один глаз, закрывается и другой. *Паратонии* — сопротивление при пассивных движениях из-за недостаточной денервации — расслабления мускулатуры. Повышение сухожильных и понижение кожных рефлексов. Неловкость произвольных движений. Длительное пребывание в одном и том же положении, одной и той же позе, когда как бы забывают о своих частях тела, оставляя их в неудобном положении (симптом Коллэна). Дефекты речи. Нарушения походки. Недержание мочи. Левшество. Недостаток или отсутствие ритмичности. Недостаток развития пирамидной системы. Наблюдается у нормальных лиц (2 %), но чаще у умственно отсталых индивидов (у глубоких — в 75 %, тяжелых — в 44 %, умеренных и легких — в 25 %). Поддается исправлению.

3. *Экстрапирамидная недостаточность Гомбургера, Якоба.* Недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, жестикуляции, танцев, пластики). Недоразвитие автоматических ассоциированных и защитных движений (походка куклы, манекена, скованность, заторможенность, связанность движений). Встречается у умственно отсталых детей. Корригировать трудно.

4. *Фронтальная недостаточность моторики Гуревича.* Резкая психомоторная подвижность, кажущееся богатство движений, отсутствие возможности производить целесообразно последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться, самостоятельно есть). Недоразвитие или отсутствие речи при сравнительно хорошем ее понимании. Наблюдается у глубоко умственно отсталых, нередко после менингоэнцефалита. Коррекция крайне незначительна.

Диагностика психомоторики

Анализируются жалобы, осуществляются опрос, наблюдения (для оценки ограничений движений производят сравнение с нормой). Кроме того, проводятся клинические исследования для различения степени выраженности пареза мышц, оценки недостаточности их функций, а также используются:

— метод исследования жизненно необходимых движений;

— метрическая шкала для исследования моторной одаренности у детей и подростков от 4 до 16 лет (Озерецкий Н. И., 1930);

— групповые методы исследования моторики детей и подростков (тесты моторных функций Флейшмана — 11 способностей);

— тесты на статическую координацию, на динамическую координацию, на скорость движений, на одновременные движения, на силу движений, на отчетливость выполнений (отсутствие синкинезий); тест ручной умелости (Антипова Е., 2009).

Также проводится измерение общей двигательной активности, ходьбы, мышечной силы кистей и становой силы, статического и динамического тремора рук, применяются методика исследования точности движений в условиях меняющегося положения тела и метод исследования дифференцированности мышечного напряжения. Измеряются статическая мышечная выносливость, показатель мелкодвигательных координаций, показатель рабочих движений рук. Определяется ловкость пальцев при одновременной работе обеих рук, проводится манипуляционный тест (Давлетшин М. Г., 1971).

ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ (F84)

В МКБ-10 раздел F83 «Смешанные специфические расстройства», по нашему мнению, соответствуют тому, что отечественными психиатрами диагностируется как **задержка психического развития**.

Не только состояния общего психического недоразвития, но и другие менее выраженные нарушения психологического развития могут препятствовать адаптации детей к окружению и их успехам в овладении школьными навыками. Уровня школьной зрелости в 6 лет достигает только 50 %, а недоразвитие познавательных способностей отмечается у каждого 10-го ребенка-школьника (Государственный доклад, 1994). Задержка психического развития обнаруживается у 5 % детей из подготовительных групп детского сада (Ульенкова У. В., 1980). Среди первоклассников городской школы число таких детей составляет 4,6—8,2 % (Крыжановская И. Л., 1983; Певзнер М. С., Явкин В. М., 1977). Половина неуспевающих учеников младших классов — дети с задержкой психического развития, что составляет 5,8 % от всех учащихся начальной школы.

В то же время лишь у трети из них наступает достаточно полная компенсация психических нарушений. Эти расстройства и называются, и классифицируются различно. Г. Е. Сухарева (1965) предложила термин «задержка психического развития». К. С. Лебединская (1982) описывает 4 типа задержек психического развития: конституционального, соматогенного, психогенного происхождения

и церебрально-органического генеза. В. В. Ковалев (1995) пограничные формы интеллектуальной недостаточности распределил по четырем группам: 1) дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного психического развития ребенка; 2) энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза; 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации; 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («социокультурная умственная отсталость»).

Замедленное формирование интеллектуальных функций может быть связано с семейными особенностями, факторами пренатального развития, ослабляющим действием заболеваний и других вредностей. Приостановка же дальнейшего психического развития возможна под влиянием затяжных токсико-дистрофических состояний. Таким образом, задержки психического развития — собирательный термин, объединяющий ряд синдромов (Исаев Д. Н., 1982).

Клинические проявления задержек психического развития

Симптоматика различных типов задержек психического развития определяется их происхождением, однако имеются и общие клинические особенности, свойственные всем больным этой группы. К их числу относятся:

1) незрелость эмоционально-волевой сферы, проявляющаяся в интересах, не соответствующих возрасту, преобладании мотива немедленного получения удовольствия в поведении, чрезмерной наивности, доверчивости, несамостоятельности, внушаемости, в неспособности управлять своим поведением и подчиняться социальным требованиям, ярко выраженных игровых интересах, невыраженности чувства долга и ответственности;

2) интеллектуально-познавательные расстройства, приводящие к несформированности мотиваций к учебе, отсутствию интересов к познавательным играм, книгам и т. д., связанные с этим невозможность усвоения программы массовой школы и нарушения школьной дисциплины;

3) неустойчивая деятельность, плохая концентрация внимания, сниженная самооценка;

4) преобладание конкретно-действенного мышления над абстрактно-логическим.

Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте

Имеющаяся при этом психическая незрелость охватывает все сферы деятельности ребенка, однако преобладают проявления эмоционально-волевой незрелости без осложняющих психопатологических синдромов. Поведение характеризуется свойственной детям младшего возраста повышенной эмоциональной живостью, неустойчивостью, непосредственностью, беспечностью, беззаботностью, преобладанием мотива получения непосредственного удовольствия, чрезмерной доверчивостью и внушаемостью. Дети отрицательно относятся к занятиям, требующим интеллектуального напряжения, у них слабо развиты собственно интеллектуальные интересы, в то время как игровые продолжают преобладать даже и в школьном возрасте. Их активное внимание очень неустойчиво, легко истощается и пресыщается. Они не способны к занятиям, требующим волевых напряжений, не могут организовать свою деятельность и подчинить свои несоответствующие возрасту интересы режиму учебного заведения, требованиям коллектива, семьи.

Низкий уровень познавательной деятельности и все сказанное оценивается как «школьная незрелость». Однако у большинства она вторична и связана с отставанием созревания личности. В то же время преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим, склонность к подражанию при выполнении интеллектуальных заданий, недостаточная целенаправленность психической деятельности, слабость логической памяти сближают особенности их мышления с таковыми же у умственно отсталых детей. Отличие же от психики последних заключается в общей живости, повышенном интересе к окружающему, отсутствии инертности психических процессов. Уже в дошкольном возрасте пространственный синтез близок к норме. Усваиваются понятия «право», «лево», простейшие геометрические фигуры, отличия фигур по величине. Моторика развивается удовлетворительно: движения координированны, дети легко переключаются с одного вида движений на другой. Охотно слушают сказки, понимают их содержание. Узнают на картинках знакомые предметы, понимают смысл сюжетных картинок, соответствующих по сложности возрастному развитию. Их игры самостоятельны, активны, содержат элементы творчества, фантазии и воображение. Эмоциональная жизнь этих детей богаче, привязанности более дифференцированны, чем у умственно отсталых. У них более широкая зона ближайшего развития, выше потенциальные интеллектуальные возможности. Наиболее выражены отклонения в развитии эмоционально-волевой сферы. Не могут, затормозить, свои эмоциональные реакции и непосредственные интересы. Не умеют регулировать свое поведение, не организованы в любой целенаправленной деятельности, с трудом подчиняются правилам внутреннего распорядка, но хорошо выполняют то, что непосредственно связано с их интересами. Они не продуктивны в деятельности. Привязанности их к близким людям и отношения с окружающими более дифференцированны и отличаются от таковых при олигофрении. Уровень IQ — нормален или равен низкой норме. Способны пользоваться помощью и применять ранее усвоенное в новой ситуации. Требуют меньше конкретизации задания для абстрагирования того или иного признака. В соматическом состоянии — признаки незрелости, задержка роста, грацильность телосложения. С возрастом проявления психического инфантилизма могут стать менее выраженными и даже полностью исчезнуть, а интеллектуальная недостаточность компенсироваться. Эти изменения становятся особенно заметными к 10-летнему возрасту. В этих случаях по праву можно говорить о задержке (темповой) психического развития.

Органический инфантилизм (Гуревич М. О., 1932)

Сочетание психического инфантилизма с другими психопатологическими проявлениями. Он является следствием ранних органических поражений центральной нервной системы инфекцией или физической травмой. Это — энцефалопатический вариант задержки психического развития. Особенности эмоционально-волевой сферы проявляются отсутствием живости, веселости, их правильнее характеризовать беспечностью, эйфоричностью, расторможенностью. Активность (игра) этих детей бедна, однообразна, лишена творчества, фантазии. Эмоциональная жизнь неглубока, недостаточно дифференцирована. Привязанности и эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированны. Уровень притязаний низкий, заинтересованность в оценке действий невысока. Дети очень внушаемы. Мышление конкретно, помощь в интеллектуальной работе используют без должной эффективности. Интеллектуальные процессы инертны, отличаются плохой переключаемостью. В отличие от олигофрении, другая структура нарушений: преобладают эмоционально-волевая недостаточность и нарушения предпосылок ин-

теллекта (внимание, память и психическая работоспособность), имеющаяся же собственно интеллектуальная недостаточность минимальна и не является ведущей в клинической картине. Интеллектуальный коэффициент у детей с органическим инфантилизмом ниже, чем у детей с гармоническим инфантилизмом, и находится в средних и низких пределах пограничной зоны (IQ 79—85). По нейропсихологическим характеристикам нарушения высших корковых функций динамичны, обусловлены их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью (Марковская И. Ф., 1982). У этих детей чаще, чем у других, отмечаются эмбриопатические стигмы и неврологические симптомы.

Описывают два варианта органического инфантилизма: неустойчивый и тормозимый. В первом случае — психомоторная расторможенность, преобладание эйфорического фона настроения, импульсивность, во втором — тормозимость, пониженная инициативность, нерешительность, боязливость, преобладание сниженного настроения.

Динамика этого типа инфантилизма не такая благоприятная, как при гармоническом. С течением времени интеллектуальная недостаточность становится более выраженной, ухудшается успеваемость в школе. У некоторых детей явственнее становятся психопатоподобные нарушения поведения, что связывается с повышенной аффективной возбудимостью, агрессивностью, колебаниями настроения, патологией влечений.

Задержка психического развития при церебрастеническом состоянии (Ковалев В. В., 1973)

Задержка психического развития при этих синдромах, в первую очередь зависит от нарушений интеллектуальной деятельности и предпосылок интеллекта, вызванных последствиями перенесенных мозговых инфекций или травм головного мозга. Психические нарушения при этих состояниях в отличие от деменции носят функционально-динамический характер, и они могут быть в определенной степени обратимыми. У больных отмечается раздражительная слабость — повышенная возбудимость в сочетании с истощаемостью, выраженной неустойчивостью внимания, капризностью, двигательной расторможенностью и разнообразными соматовегетативными нарушениями (расстройства сна, аппетита, вазо-вегетативные проявления). У них особенно повышены утомляемость и истощаемость, проявляющиеся даже при небольших психических нагрузках, что особенно легко обнаруживается при предъявлении им новых и необычных для них требований. Недостаточная интеллектуальная продуктивность этих детей определяется их постоянно меняющейся работоспособностью. Затруднения познавательной деятельности могут быть также связаны с нарушениями корковых функций: неспособностью автоматизировать навыки чтения, письма и реже счета. В благоприятных ситуациях, например после отдыха и лечения, обнаруживается невысокая, но достаточная для овладения школьными навыками способность к отвлеченному мышлению. Эти дети лучше, чем умственно отсталые дети, понимают смысл поговорок и пословиц и справляются с заданиями на классификацию предметов. Интеллектуальный коэффициент этих больных в пределах средних и высоких показателей пограничной зоны или низкой нормы.

Задержка психического развития вследствие психоорганического синдрома

При этих состояниях наряду с церебрастеническими явлениями наблюдаются вялость, замедленность и слабость побуждений, значительное нарушение интеллектуальной деятельности. При получении серьезных психических нагрузок проявления вялости усиливаются, замедляется течение интеллектуальных процессов,

появляется инертность и даже тенденция к застреваниям на неразрешенной задаче и повторениям. При другом варианте этого синдрома преобладают явления психомоторной расторможенности и нарушения целенаправленной деятельности. Интеллектуальная продуктивность неравномерна, она страдает скорее вследствие недостаточной критики, снижения интересов, расторможенности, недоучета ситуации, чем из-за повышенной утомляемости и истощаемости. Имеет место диссоциация между сравнительно глубоко выраженными нарушениями деятельности и предпосылок интеллекта и относительной сохранностью собственных интеллектуальных возможностей. Уровень обобщения и способность к переносу использованной помощи значительно выше, чем у умственно отсталых детей. Среднее значение интеллектуального коэффициента — в промежуточной зоне между диапазонами нормы и умственной отсталости. Хуже выполняются задания на оценку мышления по аналогии, обобщения на словесном материале, лучше — задания на невербальном материале (Кириченко Е. И., 1983).

Задержка психического развития с дислексией, дисграфией и дискалькулией. Выявление детей с задержкой психического развития (ЗПР) за несколько лет до начала обучения позволит в более раннем возрасте начать коррекционно-педагогические и другие меры для стимуляции интеллектуального развития, улучшения успеваемости и хорошей приспособляемости к школе. Эту работу по ранней абилитации детей с ЗПР следует проводить в специальных группах детского сада или центра. Уже с 3—5 лет дети должны обучаться по специальным программам, в которые необходимо включать не только подготовку к школе, но и широкий круг стимулирующих (ритмопластических, физкультурных, музыкальных, театральных, психотерапевтических, рукодельных, художественных и др.) занятий. В связи с различной этиологией и разнообразными проявлениями ЗПР, наличием или отсутствием другой симптоматики: отставания речевого развития, нарушения поведения, эмоциональных расстройств или соматической ослабленности — компенсация психических отклонений и адаптация к обучению не могут быть одинаковыми у разных детей. Дошкольникам с более медленным преодолением своей интеллектуальной недостаточности следует продолжить пребывание в специальных группах, а занятия с ними интенсифицировать.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Особенности познавательной сферы

На первом месте среди нарушений — расстройства внимания (92 %). К ним относятся: колебания внимания (продуктивная работа 5—15 мин, затем отдых 3—7 мин); сниженная концентрация; снижение объема внимания (объем меньше необходимого для игр, занятий); сниженная избирательность внимания (затруднено выделение цели деятельности); сниженное распределение внимания (не выполняет несколько действий одновременно); «прилипание» внимания (трудности переключения); повышенная отвлекаемость.

Ощущение и восприятие.

Недостаточность, ограниченность и фрагментарность знаний об окружающем мире. Восприятие детей неполноценно и не поставляет достаточно информации. Нарушена предметность и структурность восприятия. Затрудняются в восприятии предметов, находящихся в непривычном ракурсе, на контурных или схематических изображениях, особенно если они перечеркнуты или перекрывают друг друга. Не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы или их отдельные элементы. Часто ошибочно воспринимают сочетания букв.

Страдает целостность восприятия. С трудом вычленяют элементы объекта, воспринимаемого как единое целое. Имеются затруднения в построении целостного образа и выделении фигуры на фоне. Целостный образ из элементов формируется медленно. Восприятие трех точек.

Замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. Многие детали остаются невоспринятыми. За определенное время воспринимается меньше материала, чем в норме.

С усложнением объектов и ухудшением условий восприятия различия у детей с ЗПР и чем в норме больше. Скорость восприятия ниже, чем в норме.

Нарушено восприятие как деятельность, включающая и мотивационно-целевой компонент, и операциональный, на уровне действий идентификации, приравнивания к эталону, перцептивного моделирования. Детям с ЗПР свойственна пассивность восприятия.

Низкий уровень анализирующего наблюдения проявляется в ограниченном объеме анализа, преобладании анализа над синтезом, смешении существенных и несущественных признаков, преимущественной фиксации внимания на видимых различиях объектов, редком использовании обобщенных терминов и понятий.

Отсутствует целенаправленность, планомерность в обследовании объекта. Поисковые действия хаотичны, импульсивны. Результат отличается меньшей полнотой и недостаточной точностью, опущением деталей, односторонностью.

Имеются затруднения в ориентации «право — лево», а также невыраженная или перекрестная латеральность.

Грубо нарушена ориентировка в пространстве, что сказывается на формировании навыков письма, чтения. В изображении фигуры человека — выраженная диспропорциональность.

Память

Непроизвольная память. Страдает непроизвольное запечатление информации. Нет заинтересованности в получении более высоких результатов при припоминании. Не используют специальные приемы для припоминания и подменивают одну задачу другой — придумывают другие слова. Наглядный материал запоминается лучше, чем вербальный, возможность им манипулировать создает лучшие условия для запоминания.

Произвольная память, основанная на опосредовании процессов запечатления целью, логическими приемами, — хуже. Лучше запоминается наглядный, неречевой материал. Продуктивность произвольной памяти хуже, чем в норме.

Расхождение между уровнем невербальной и вербальной памяти у детей с ЗПР выше, чем в норме. Этим детям не свойственно искать рациональные приемы запоминания. У них нет умения использовать имеющиеся приемы запоминания. Специальное обучение в этом помогает.

Механическая память отличается снижением результативности первых попыток запоминания; бóльшим числом попыток, необходимых для заучивания; сниженным объемом запоминания; повышенной тормозимостью следов побочными воздействиями; нарушением порядка воспроизводимых словесных и цифровых рядов; низким (на 2—3 года) уровнем продуктивности памяти; медленным приростом результативности памяти по объему и качеству на протяжении школьного возраста; сниженной помехоустойчивостью.

Отличительной особенностью памяти детей с ЗПР является то, что могут страдать лишь отдельные ее виды при сохранении других.

Коррекционная работа способна улучшить мнестическую деятельность этих детей.

Тест

1. Негативные симптомы моторных расстройств:
а) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;
б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);
в) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц).

2. Позитивные симптомы (патологические движения):
а) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц);
б) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;
в) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

3. Недоступные программы:
а) двигательная программа не вызывается по памяти (пример: апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария);
б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);
в) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц).

4. Непроизвольный вызов программы:
а) апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария;
б) тики, т. е. короткие или даже продолжительные сокращения мышц;
в) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы.

5. Неселективный вызов программ:
а) тики, т. е. короткие или даже продолжительные сокращения мышц;
б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);
в) при необходимости делать несколько движений возникает ступор.

6. Расстройства регуляции выполнения движений:
а) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии;
б) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;
в) в движении участвует ряд мышц, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью.

7. Расстройства координации выполнения движений:
а) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии;
б) в движении участвует ряд мышц, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью;
в) апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария.

8. Моторный инфантилизм Гомбургера:
а) психомоторная подвижность, не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться);
б) синкинезии, паратонии — сопротивление при пассивных движениях, повышение сухожильных рефлексов, неловкость произвольных движений;
в) моторные проявления свойственны раннему детству.

9. Моторная дебильность Дюпре:
а) синкинезии, паратонии — сопротивление при пассивных движениях, повышение сухожильных рефлексов, неловкость произвольных движений;
б) моторные проявления, свойственные раннему детству;
в) недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев).

10. Экстрапирамидная недостаточность Гомбургера — Якоба:
а) моторные проявления, свойственные раннему детству;
б) недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев), недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы);
в) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии.

11. Фронтальная недостаточность моторики Гуревича:
а) недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев), недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы);
б) психомоторная подвижность, не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться);
в) моторные проявления, свойственные раннему детству.

Литература

Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. — М. : Академия, 2003.
Голик А. Н. Введение в педагогическую психиатрию. — М. : УРОА, 2000.
Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. — М. : Госиздат, 1932.
Детская патопсихология : хрестоматия. — М. : Когито-Центр, 2000.
Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей. — М. : Школа-Пресс, 1999.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста. — СПб. : Речь, 2006.
Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М. : МГУ, 1985.
Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии. — Ростов н/Д : Феникс, 2000.
Мамайчук И. И. Развитие ребенка от рождения до семи лет. — СПб. : Речь, 2001.
Марковская И. Ф. Задержка психического развития. — М., 1995.
Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. — Л. : ГУПИ Наркомпроса РСФСР, 1938.
Основы специальной психологии / под ред. Л. В. Кузнецова. — М. : Академия, 2002. Специальная психология / под ред. Л. М. Шипицыной. — СПб. : Речь, 2010.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М. : Медицина, 1974.
Худик В. А. Детская патопсихология. — Киів : Здоров’я, 1997.
Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. — М., 1998.
Яссман Л. В., Данюков В. Н. Основы детской психопатологии. — М. : Олимп, 1999.

Глава 15. ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (F84.0)

Детский аутизм выражается в отсутствии или исчезновении у детей каких-либо контактов со средой, в отсутствии у них заметного интереса к окружающему, адекватных эмоциональных реакций, а нередко и вообще каких-либо реакций на раздражители и, наконец, в отсутствии каких-либо форм целенаправленной активности и деятельности. Дети с аутизмом выглядят «отрешенными», «отсутствующими», «аутистически» погруженными будто бы в мир каких-то собственных переживаний (Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н., 1967).

МКБ-10 в рубрике F84.0 характеризует детский аутизм как общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

Клинически обнаруживаются как нарушения отклонения или задержка в развитии внимания, восприятия, оценки реальности и в развитии социального, языкового и двигательного поведения.

Аутизм характеризуется 3 группами расстройств:

1) нарушения в социальном взаимодействии;
2) нарушения коммуникабельности и воображения;
3) значительное сужение интересов и активности.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ

В 1809 г. Дж. Хаслем впервые описал ребенка, соответствующего нашим представлениям об аутизме. Г. Модсли (1867) обратил внимание на детей с тяжелыми психическими расстройствами и нарушением развития. В 1920—1930-е гг. подобные наблюдения были сделаны Н. И. Озерецким, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухаревой. В 1943 г. Л. Каннером описаны дети с инфантильным аутизмом, характеризовавшиеся одиночеством, неспособностью настраиваться на адекватное поведение, с задержкой или отклонением в развитии языка, эхолалией и неправильным употреблением местоимений, монотонным повторением шумов или слов, прекрасной механической памятью. Они отличались ограниченным диапазоном спонтанной активности, стереотипиями, стремлением все поддерживать в неизменном виде, патологическими отношениями с другими людьми, а также предпочтением общения с неодушевленными предметами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Детский аутизм встречается у 2—5 детей на 10 000 детской популяции (00,4—00,5). Число же детей с расстройствами аутистического спектра составляет 20 на 10 000 детского населения. В 20 случаях на 10 000 умственно отсталых отмечаются аутистические черты. У большинства больных аутизм выявляется до 1,5 года. У мальчиков аутизм наблюдается в 3—5 раз чаще, чем у девочек, но у последних он тяжелее.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Болезненным проявлениям аутизма не предшествует период нормального развития. Начальная симптоматика выявляется до 3-летнего возраста.

Нарушения в социальном общении (расстройство общения)

Наиболее постоянные и характерные проявления детского аутизма — недостаток привязанности и расстройства социального поведения — общепризнанный симптом аутизма. Обнаруживается отсутствие привязанности к другим людям и слабость эмоциональных связей с родителями. Создается впечатление, что в младенческом возрасте дети не нуждаются в родителях. Они не привлекают их внимание плачем, не стремятся к ласкам родителей, не тянутся к ним, когда те хотят взять их на руки. Таких детей описывают как идеальных, так как они, будучи оставлены одни, кажутся удовлетворенными этим, редко привлекая к себе внимание. Становясь старше, предпочитают одиночество. Они не обращают внимания на приход или уход родителей. Будучи обиженными или переживающими боль, не ищут у родителей утешения и сами не проявляют любви к ним. У них нет аффективного вовлечения в окружающую среду. Недостаточность развития привязанностей и социального поведения проявляется в отсутствии контактов со сверстниками и неумении сотрудничать во время игры. Даже находясь среди детей, они, как правило, в одиночку манипулируют каким-нибудь предметом. Подавляющее большинство аутистов не подражают активности окружающих, что мешает им приобрести необходимые навыки для взаимодействия со сверстниками. Вместо эмоционального контакта у больных может наблюдаться отношение к людям как к неодушевленным предметам. Используя материнские колени, чтобы добраться до сладостей, аутичный ребенок никогда не заглядывает матери в глаза. Мать служит ему лишь в качестве «лестницы». Если аутисту что-нибудь нужно, то он тянет человека за руку, за рукав или полу одежды к цели и при этом никогда не смотрит ему в глаза. Это один из важных признаков аутизма — отсутствие «глазного контакта» между больным и теми, с кем он «общается». Интеллектуально более развитые аутисты, овладевая школьными навыками, не способны оценивать социальную обстановку и поэтому совершают поступки или произносят слова, не соответствующие ситуации, не понимая этого.

Речь и язык

У половины аутистов речь никогда не развивается. У тех же, у кого она появляется, она развивается медленно и отличается большим своеобразием. Наиболее частое нарушение — *эхолалия*, т. е. повторение слов или фраз, сказанных другими. Может быть «попугайная речь», когда ребенок повторяет услышанные слова или фразы непосредственно вслед за говорящим. *Отставленная эхолалия* — воспроизведение услышанной речи спустя иногда значительное время, когда ситуация уже изменилась и произносимые ребенком слова не соответствуют обстановке. В связи с этим то, что говорит больной, звучит очень странно и нелепо. У нормально развивающихся детей эхолалия наблюдается до возраста 2,5 года. Возникновение этого симптома позже определяется непониманием вербальных стимулов (речи). Вероятно, с эхолалией связано затруднение формирования осознания своей личности, при котором больной не способен употреблять местоимение первого лица «Я» и вместо этого использует местоимения второго или третьего лица, а иногда обращается безлично. У больных может быть нарушено понимание речи, и часто их речь лишена коммуникативной цели. Произнесение слов может быть использовано ими для аутостимуляции. Возможность употребления речи для беседы

ограничена рамками непосредственного окружения. Они не способны рассказать о прошлых переживаниях или предположить возможные будущие переживания. Даже у наиболее развитых больных аутистов речь монотонна, лишена эмоциональности, воображения, обобщений.

Патологическое реагирование на физическое окружение

Реакции ребенка-аутиста на сенсорные стимулы могут быть либо повышенными, либо сниженными, в том числе в разное время и на те же самые. Некоторые аутисты в связи с этим производят впечатление глухих или слепых. Они могут не реагировать на громкие шумы, свое имя или необычные стимулы. Кажется, что они не замечают и зрительных раздражителей: приходящих или уходящих людей, проезжающий транспорт и т. д. В то же время они могут слышать шелест разворачивающейся оберточной бумаги от конфет или шорох переворачиваемых страниц газеты. Такие же непостоянные, меняющиеся по силе реакции возникают у детей в ответ и на тактильные, и на болевые, и на температурные, и на вестибулярные раздражители. Аномалия реакций на вкусовые стимулы проявляется, в частности, тем, что они тянут в рот несъедобные предметы, нюхают их, едят только определенную пищу и очень чувствительны к ее особенностям. Попытка понять своеобразие их ответов на разные раздражители приводит к предположению, что дети-аутисты способны дать ответ лишь на отдельные компоненты сложного стимула. Так как обучение — это овладение навыками реагирования на сложные стимулы, то и трудности учебы пытаются объяснить с этих позиций.

Симптом тождества

Наиболее характерный симптом аутизма — стремление сохранить неизменность своего окружения. Эти дети проявляют чрезмерную чувствительность к изменениям. В раннем возрасте, например, их игра отличается однообразием, отсутствием вариантов. Они могут бесконечно вертеть одну и ту же игрушку, проявляя беспокойство, крайнее негодование или даже панику, если попытаться помешать им в этом. Может возникнуть необычная привязанность к определенным предметам, без которых они не успокаиваются, всегда требуют их. Ребенок, например, засыпает и просыпается с одной и той же мягкой игрушкой (мишкой) или настаивает на получении того же самого кубика, который он вертит ежедневно. По мере взросления этот феномен проявляется в неспособности расширить привычный круг блюд, переодеться в новую одежду, привыкнуть к новой расстановке мебели дома или согласиться идти по незнакомому маршруту. Сильная привязанность к дому и неспособность от него оторваться получила название «ностальгии кошек» (van Krevelen A., 1952).

Страхи

У многих детей даже первого года жизни возникают страхи. Их происхождение связывают с психологической готовностью к страхам детей раннего возраста, обусловленной изменениями в их окружении, а также с реальной для них опасностью остаться одному, потерять мать, встретить чужих, оказаться у огня и т. д. Во второй половине первого года жизни могут появиться страхи бытовых шумов (пылесоса, лифта, воды в водопроводных трубах). Страхи возникают также и в связи со зрительными раздражителями: включением света, мельканиями за окном при движении в транспорте. Могут быть страхи всего черного, круглого или определенных предметов: зонта, растений. При тактильной гиперестезии появляются страхи всего мокрого (при купании, во время дождя, если влага попадает на лицо).

Аутостимуляция

Она характерна для аутистов, проявляется в однообразных повторных действиях (*стереотипиях*), повышает уровень активности, компенсирует недостаток стимулов, получаемых извне. У здорового младенца активация себя движениями конечностей, фиксацией взгляда на изменении положения пальцев и т. д. — нормальное явление. Патологические аутостимуляции — стереотипии — отличаются постоянством, сохранением их не только в раннем возрасте, но и позже, упорством, необычностью и странностью движений, разнообразием и эмоциональным напряжением. Они оказываются помехой для приобретения навыков, необходимых при нормальном поведении. Примерами аутостимуляций могут быть раскачивания, повороты, удары головой, подпрыгивания, хлопки руками, сгибание и разгибание кистей, перебирание пальцами перед глазами, движение или вращение глазами, слежение за источниками света. Для целей аутостимуляции дети используют различные предметы: вращающиеся монета или блюдце, извивающаяся веревка или двигающийся перед лицом карандаш. Дети хлопают себя по ушам, издают определенные звуки и таким образом также стимулируют себя. Влечение к ритмической организации ощущений под музыку; рифмованное слово применяется для тех же целей.

Самоповреждающее поведение

Оно чаще наблюдается в виде ударов головой о стены, мебель или в виде укусов предплечья, запястья. Среди других повреждающих действий: удары локтями, ногами, выдергивание волос, царапанье лица, шлепанье себя по лицу. Дети зубами выдергивают ногти, пытаются выдавить глаза, откусывают кончики пальцев. Степень тяжести повреждений может варьировать от кровоподтеков или мозолей до переломов костей пальцев, конечностей, черепа, отслоения сетчатки и выкусывания кусков тела. Результатом самоповреждений может быть то, что части тела становятся препятствием к освоению навыков и развитию.

Своеобразные умения

У многих детей-аутистов на фоне замедленного общего развития выявляются необычные для их уровня функционирования способности: музыкальные, механические или математические. Одни дети хорошо запоминают и воспроизводят сложные мелодии и песни. Другие способны собрать из маленьких частей составную картинку-головоломку. Третьи сосредоточиваются на запоминании математических таблиц, расписаний движения транспорта или случайных чисел. Есть и такие дети, у которых хорошая механическая память. Обнаруживаемые исключительные умения не могут быть использованы детьми, так как отсутствие других необходимых для социализации способностей не позволяет этого.

Интеллект

Заключение о нормальном интеллекте у детей с аутизмом основывалось на хорошей механической памяти, серьезном выражении лица и отсутствии тяжелых физических аномалий. На самом деле интеллектуальный уровень искажен западением одних способностей и возможным ускоренным развитием других. У 60 % этих детей интеллектуальный коэффициент ниже 50, у 20 % — он между 50 и 70 и еще у 20 % — 70 и выше. Оценка интеллекта этих больных очень трудна из-за крайне меняющейся их продуктивности во время прохождения тестовых испытаний. Наиболее успешно выполняются задания, оценивающие манипулятивные и зрительно-пространственные умения, механическую память, и хуже всего — тесты, требующие абстрактно-символического мышления или анализа после-

довательности событий. Воспринятая детьми-аутистами информация не интерпретируется, а ее смысл не осознается. Они не извлекают из нее таких основных признаков, как правила. Переносный смысл слов и предложений понимается буквально, что объясняется затруднениями в анализе абстрактной информации. Они не понимают того, что видят и слышат. Это и мешает им оценивать социальное поведение других людей. Имеются большие трудности с восприятием времени. Уровень интеллекта, обнаруженный у дошкольников, не поднимается, он остается тем же и в школьном возрасте, и у подростков. Успешность овладения школьными навыками зависит от ИК. Существуют данные и иного характера о том, что у них рано развиваются абстрактно-логические и запаздывают конкретно-практические стороны интеллекта. Больные беспомощны в быту, у них отсутствуют навыки самообслуживания, они заняты однообразной манипулятивной игрой и в то же время накапливают большой запас знаний в самых неожиданных областях (названия растений, насекомых, стран и т. д.). У них имеется интерес к форме предметов, цвету, вербальному их обозначению. Многие из них любят слушать чтение.

Игра

Своеобразие психического развития и нарушение способности к коммуникации отражаются на игровой активности. В то время как здоровые дети начинают играть с 3—6-месячного возраста, аутисты либо не играют вовсе, либо однообразно манипулируют тем, что попадает в руки. Более трети детей предпочитают неигровые предметы. Однообразные манипуляции с ними дают стимулирующий эффект. Громкий звон крышки от кастрюли, появление света и щелчки при игре с выключателем, шуршание бумаги, осязательное и звуковое восприятие текущей воды — далеко не полный перечень манипуляций детей-аутистов. Значительное число детей не поддается обучению играм. В подавляющем большинстве случаев в играх отражается глубокое нарушение способности к общению: дети обособляются или даже прячутся от окружающих. Играют молча и не откликаются на зов, появляющаяся иногда речь — монолог — ни к кому не обращена или адресуется игрушке.

Аффективная сфера

Характерной чертой детского аутизма считают уплощенную и неадекватную эмоциональность. С этим нельзя полностью согласиться. Аффективные нарушения разнообразнее, наряду с недифференцированностью эмоций отмечаются преобладание сниженного или повышенного настроения, эмоциональная лабильность и даже в некоторых ситуациях необычная чувствительность (сенситивность). В то же время почти все дети обнаруживают недостаточность эмоционального резонанса. Они не реагируют на усталость, огорчение, тревогу близких людей. Однако при разъяснении эмоционального значения ситуации многие дети проявляют вполне адекватные поведенческие реакции. Эти особенности аффективного ответа объясняются недостаточной способностью больных определять эмоциональное состояние окружающих по их мимике, жестикуляциям, интонации речи и т. д. Характерна мимика аутистов — сонно-задумчивое с оттенком недоумения выражение лица, иногда с неадекватными гримасами и манерничаньем. Только сильные стимулы способны изменить эту застывшую, малоподвижную мимику (мимическую атонию). Взгляд у них отрешенный или напряженный, отражающий тревогу, страх. Сохранные отдельные жесты не объединяются в согласованный и динамичный ансамбль и не выполняют коммуникативной функции, присущей жестикуляции детей. По особенностям аффективной сферы аутичных детей разделяют на 2 группы: больных с пониженной возбудимостью и больных с повышенной

возбудимостью. Дети первой группы на первом году жизни слишком спокойны, малоподвижны, пассивны, не реагируют на мокрые пеленки, не привлекают к себе внимания, не выражают чувство голода, не проявляют беспокойства при задержке стула, при отсутствии сна. У них ослаблены реакции на погремушку в 2—3 месяца, на лицо родственника — в 3—5 месяцев, на окружающую среду — в 6—9 месяцев. На втором году жизни они вялы и малоподвижны, интересы к игрушкам кратковременны и незначительны. Дети второй группы отличаются тревожностью, аффективной неустойчивостью. У них имеются дискомфорт и многочисленные страхи: появления нового, при взятии на руки, при возникновении бытовых шумов и т. д. Часто выявляются соматические расстройства: анорексия, срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Часть этих детей пребывает в состоянии постоянного беспокойства. Они беспричинно кричат, и их редко удается быстро успокоить. Их отличают негативизм, агрессия, истериформные реакции, аффективная возбудимость и немотивированные колебания настроения.

Влечение

Агрессивное поведение, нередко наблюдающееся у больных, может быть связано с тревогой, гневом. Оно направлено на окружающие предметы, близких людей. Нападая, ребенок кусает, ударяет, толкает, царапает или разбрасывает игрушки. Предполагают, что агрессия в отношении матери — показатель ее восприятия как источника запретов. Агрессию может вызвать страх, обусловленный угрожающей, по мнению больного, обстановкой, или переживание ситуации ранее бывшего реального испуга. Некоторые дети стремятся вновь пережить ситуацию страха, так как реализация возникающих влечений приводит к аутостимулирующему эффекту. Агрессия у чрезмерно чувствительных детей объясняется преобладанием у них чувства неприятного. В связи с этим они сопротивляются любому прикосновению даже самых близких им лиц. Переживание фрустрации, особенно при неумелых попытках вступить в общение со сверстниками, также может привести к вспышкам агрессии. Иногда с целью привлечения внимания больные совершают действия, которые расцениваются как агрессивные, хотя таковыми по своей сути не являются. Провоцировать детскую агрессию могут гнев, негодование, раздражение и неудовольствие взрослых. Истинные проявления расторможенного влечения к нападению наблюдаются не более чем у 10 % аутистов. Такие больные мучают животных, истязают родных, раздирают на части кукол и игрушечных зверей. Сверхосторожность аутистов, тесно связанная с «феноменом тождества», сочетается в трети случаев с противоречащим этому качеству психики отсутствием «чувства края», т. е. с непониманием возможной угрозы извне.

Неразвитость инстинкта самосохранения делает аутистичного ребенка незащищенным во многих жизненных ситуациях. В городе, например, такого больного трудно уберечь от опасностей, подстерегающих его на улице, так как он не понимает последствий ухода от родителей. В сельской местности ребенок не может оценить риска удаления от дома, погружения в водоем, приближения к опасным животным.

Моторика

Примерно у 40 % детей-аутистов нарушен мышечный тонус. Их психомоторное развитие отличается увеличением периода между временем обучения стоянию и началом ходьбы. Часть детей в дальнейшем мало двигается, если же и начинают ходить, то не бегают. Большинство аутистов в противоположность этому, находясь постоянно в движении, то импульсивно вскакивают, то останавливаются. Моторная координация, как правило, нарушена. Дети ходят на цыпочках, в дви-

жении дергаются, выглядят расслабленными или одеревеневшими. Они перебегают от опоры, размахивают руками или крепко прижимают их к груди, сопровождая многочисленными и причудливыми ужимками и гримасами. Эти особенности активности объясняют не только трудностями освоения простейших двигательных синергий, но и последствиями неудачного опыта начала ходьбы, а также механизмами аутостимулирующих ритуалов. Необычная легкость и грациозность движений некоторых детей проявляется лишь в привычных для них домашних условиях и утрачивается нередко в незнакомой обстановке. Жестикуляция, как правило, не служит средством общения. Нет жестов утверждения или отрицания, приветствия или прощания. С трудом формируются навыки принятия пищи, одевания. Им не удается имитировать моторные навыки, что затрудняет обучение любым двигательным умениям. У трети больных задерживается формирование навыков опрятности, причем у части из них возникает страх горшка. Энкопрез и энурез в некоторых случаях производят впечатление нарочитых, так как сочетаются с негативизмом, аффективной напряженностью и злобностью. У 70 % аутистов выявляется леворукость, тогда как у нормальных детей она встречается в 12 % случаев.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АУТИЗМА

Среди детей с аутизмом различают: 1) «отчужденных» — с низким уровнем сознания, серьезными нарушениями поведения: агрессией, стереотипиями, манипулятивной игрой; 2) «пассивных» — с крайним ограничением социальных контактов, не получающих удовлетворения от предлагаемого общения, и частой непосредственной эхолалией; 3) «активных, но странных» — с недостаточным развитием социального сознания, с постоянным разыгрыванием одних и тех же ситуаций, с абстрактными интересами, с отсутствием внимания к остальному миру и отсутствием практической направленности в действиях.

Неврологическая симптоматика

Невыраженные неврологические симптомы обнаруживаются у всех обследуемых. Отчетливая органическая симптоматика имеет место более чем у половины детей. Среди обнаруживаемых неврологических признаков — клонус коленных суставов и стоп, повышение сухожильных рефлексов, общая гиперрефлексия, страбизм, гиперкинезы, нарушения походки, мышечная гипер- и гипотония и другие пирамидные и экстрапирамидные нарушения.

Эпилептические припадки встречаются у 25—40 % больных. Чаще они не достигают сложности больших судорожных припадков и носят характер пропульсивных пароксизмов («кивков, клевков, молниеносных припадков»). У 50—80 % пациентов обнаруживаются патологически измененные электроэнцефалографические данные с фокально или диффузно распространенными вспышками эпилептической активности (спайками, медленными волнами или комплексами «пик — медленная волна»). Чем младше ребенок, тем чаще эти данные сочетаются с проявлениями ранних детских припадков.

У 29 % больных детей отмечается *гидроцефалия*. Исследование с помощью магнитного резонанса у 20 % больных выявляет более или менее выраженную атрофию коры головного мозга и расширение желудочков. Изучение вызванных потенциалов и мозгового кровотока свидетельствует о нарушении функции левого полушария.

Психосоматические симптомы наблюдаются у трети детей. Среди них наиболее часто встречаются тяжелые экссудативные диатезы, экзематозные дерматиты, повторные пневмонии, астматические бронхиты, аллергические реакции на

инфекции и медикаменты, запоры, поносы, срыгивания, рвоты, расстройства засыпания, пробуждения и глубины сна. Характерная особенность аутистических детей — аритмия сердечной деятельности, нарастающая при стереотипной активности и уменьшающаяся при выполнении получаемых от взрослых заданий.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Аутизм трудно классифицировать по этиологии, так как этот синдром, как правило, результат сочетания нескольких причин. Необходимо оценивать общие параметры аутистического развития:

1. Структуру поведения: а) качество нарушенного и сохранного поведения (явления выпадения, искажения, фиксации и неустойчивости) на отдельных уровнях эмоциональной регуляции (Лебединский В. В.); б) распределение нарушенных и сохранных образцов примитивных и символических; определение степени влияния патологических симптомов; в) «сквозные» факторы, определяющие специфичность синдрома.

2. Динамику развития (явления регресса, застоя, латентного развития, медленного улучшения или прорывов в развитии).

3. Источники аутистического развития.

Истинное аутистическое развитие проходит 3 стадии:

1) 0—2 года — период постепенного оформления аутистического синдрома;

2) 2—4 или 5 лет — период доминирования аутистического синдрома (стереотипизация поведения и переход психического развития в русло латентной активности);

3) (4—5)—8 лет — период высвобождения психической активности с ослаблением аутизма.

На *первой стадии* — отсутствие, значительное запаздывание, неустойчивость, искажение эмоциональной регуляции и поведения привязанности. Потенциал развития тем выше, чем больше удельный вес сохранных, неустойчивых и негрубо искаженных образцов поведения по сравнению с явлениями выпадения и фиксации.

Искажения развития *привязанности* появляются раньше всего. Для прогноза важно искажение, но не полное отсутствие целостного образа матери, наличие сохранных видов контакта. Для прогноза благоприятна способность аутиста использовать для саморегуляции отдельные приятные ощущения, в том числе и идущие от матери. Неспособность к такой саморегуляции свидетельствует о низкой *активности* младенца.

Явления *грубого искажения* (появление более сложных форм поведения при несформированности простых форм) на первом году жизни увеличивают вероятность регресса в конце второго года жизни. Развитие символической активности в конце первого года жизни лучше, чем раннее развитие речи, так как в первом случае сохраняется доминанта восприятия, а во втором случае возникает асинхрония между развитием речи и восприятия.

На втором году увеличивается количество нарушенных образцов поведения: выпадения, искажения, патологической фиксации, они устойчивы и препятствуют нормальному развитию структуры. Благоприятному прогнозу способствует появление признаков символической активности ребенка.

На *второй стадии* сохранные образцы поведения выпадают, вновь появляющиеся формы активности крайне неустойчивы и не закрепляются. Сложные новообразования («привязанность», «Я») остаются несформированными. Явления искажения в области чувствительности и формы поведения, специфические для

более раннего возраста, могут усилиться и зафиксироваться. Из-за нарастающего искажения стереотипий ребенок производит впечатление «одержимого».

Явления *выпадения* сложных форм поведения указывают на возможную обратимость регресса. Для прогноза важен анализ динамики соотношения сенсомоторных и символических форм поведения. Неблагоприятны примитивные стереотипии (выдергивание волос, раскачивание) при отсутствии стереотипов с символическим содержанием (в игре, речи, рисунке).

Специфичность стереотипий ребенка-аутиста состоит в следующем:

1. Эта активность доставляет ребенку удовольствие и не может по своей эмоциональности конкурировать с совместной деятельностью в процессе общения.

2. Аутист стереотипно делает только то, что его интересует. Те виды активности, которые навязываются взрослым (кормление, одевание, рисование), вызывают негативное отношение.

3. Внешний ритм стереотипий может компенсировать нарушения внутренних биологических ритмов. Фиксация на удовольствии от примитивных ощущений и симбиотические формы поведения свидетельствуют о низкой активности ребенка и неблагоприятны для прогноза.

Часть симптомов — неспецифические (например, моторные стереотипии — симптомы тревоги и неудовольствия, т. е. неврозоподобные симптомы); персеверации, мутизм могут быть у детей с последствием органического поражения ЦНС.

Показателем благоприятного прогноза является сохранение *латентной* и *вынужденной активности*.

Латентная активность — это способность овладевать навыками без совместной деятельности со взрослым. Она указывает на сохранность интеллекта. Ее признаки — явления искажения и неустойчивости развития.

Вынужденная активность — способность ребенка продвинуться в развитии в результате сильного стресса (госпитализации, холдинг-терапии, рождения сиблинга, физического стресса). Она высвобождает латентную активность. Однако эти воздействия эффективны только при условии, что ребенок прежде накопил латентные навыки.

Если преобладают явления фиксации и недоразвития, выход из второй стадии более медленный и поздний (около 5 лет). Если преобладают явления искажения в сочетании с сохранными образцами поведения, то выход более ранний (4 года).

Третья стадия. В течение месяцев восстанавливаются пропущенные сложные образования развития. Скорость восстановления свидетельствует о латентной подготовке такого прорыва. Из-за неустойчивости формирования «Я», привязанности создается впечатление искажения.

Преобладают явления патологической символической фиксации и искажения (в игре, рисунке, коммуникации) при незначительном числе сенсомоторных стереотипий. Формируются патологические фантазии, вычурные страхи, усиливается негативизм (Бардышевская М. К., 2001).

Алеша, 3 года 7 мес. Обратились с жалобами на нежелание ребенка общаться с окружающими и отсутствие у него речи. Он не обращает внимания на происходящее вокруг. Его игровая активность однообразна. Боится незнакомых. Не ходит в туалет, мочится повсюду.

Бабушка со стороны отца — очень тревожный человек.

Отец, 24 года, — военнослужащий, педант. В 10 лет перенес продолжительную депрессию.

Мать, 23 года, — тревожная личность, хотела девочку.

Мальчик от первой беременности. На 7-м месяце — угроза выкидыша. Родился обвитым пуповиной. Была родовая травма, гипоксия. Отмечена повышенная нейрорефлекторная возбудимость. Из родильного дома выписан на 28-й день. В 1,5 месяца неполная блокада пучка Гиса. В 3 месяца перенес ветряную оспу. Отит. ОРЗ. Лечился у неврологов

из-за гипотрофии. Начал гулить с 2,5 месяцев, но речи нет до сих пор. Стоять начал с 8,5 месяцев. Ходит с 13 месяцев. До 1,5 года много спал. Была вялая реакция на дискомфорт от мокрых пеленок. Грудь брать отказывался. Всегда выглядел печальным, недостаточно живо, эмоционально реагировал. В 2-летнем возрасте после переезда не мог привыкнуть к новой постели. Был очень чувствителен к переменам. В 3 года был отправлен в детсад. Поднялась температура до 39 °С. В отличие от дома пытался есть и жидкую пищу, и кусочки мяса. Спустя 3 месяца перестали водить в детсад. Дома был с матерью, к которой привязан. В это время проявлял ласку, целовал мать, прижимался к ней. Имитировал домашнюю работу. Ел мало и избирательно. Мочился там, где стоял. На гостей отреагировал тем, что спрятался под кровать, на все просьбы так и не вылез оттуда. Остается при необходимости с бабушкой. Отца полностью игнорирует. Играет с кубиками, мозаикой, складывает полосы в соответствии с цветом. Домики строит, пока они у него не упадут. Часами изо дня в день составляет оранжевые и синие круги. Бесконечно закрывает и открывает двери. Злится, если у него что-либо не получается. Боится ездить на велосипеде. На бумаге чирикает левой рукой. Расстраивается, когда уходит мать. Иногда смотрит книжки. Пытается воспроизводить движения, напоминающие танец. Перед зеркалом корчит рожи. Когда возникает какое-либо желание, берет руку взрослого и ведет туда, куда ему надо. Глазной контакт практически не устанавливается. Временами, если что-нибудь не нравится, кричит, кусает себя. Походка своеобразная, подпрыгивающая, передвигается боком.

Оттопыренные уши, поперечные складки на ладонях, короткие пальцы. Высокое небо. Гипертрихоз (необычно распространенная волосистость).

На компьютерной томографии обнаружена гипоплазия гипофиза, червя и миндалины мозжечка, расширение 4-го желудочка. Увеличение внутричерепного давления.

У ребенка отмечается пренатальная и перинатальная патология. Развитие с большими отклонениями. Нет реакции на дискомфорт, эмоциональные реакции вялые. Речь не развивается. Нет глазного контакта. Со взрослыми обращается как с механизмами для получения желаемого. Имеется симптом тождества. Игры манипулятивные и стереотипные. Навыки пользования туалетом не сформировались. Нет умения обслужить себя. По отношению к матери — симбиотическая привязанность. С другими людьми не общается. Страхи всего непонятного. Реакции протеста и негодования с аутоагрессией. Перечисленные признаки своеобразного недоразвития психики, возможно, органического генеза следует диагностировать как детский аутизм. Ребенок нуждается в посещении специального детского учреждения для детей с нарушениями общения. Следует сделать попытку развить речь, преодолеть страхи, облегчить формирование навыков общения, самообслуживания. Возможно, принесет пользу холдинг-терапия или поведенческая психотерапия.

Этиология

Психодинамический подход (психогенез). Одни авторы (Л. Каннер, Л. Десперт, В. Гольдфарб, Б. Беттельхейм и др.) причиной возникновения аутизма считают эмоциональную холодность родителей. Другие полагают, что этот синдром — проявление плохо адаптированного поведения по причине неправильного обучения родителями, их ярости и отвержения детей, а также подкрепления родителями аутистического поведения (Л. Кразнер, Л. Ульман и др.). В настоящее время представления о связи описываемого расстройства с семейными или какими-то психодинамическими факторами не нашли подтверждения.

Аутизм рассматривают также как проявление шизофрении (Малер М., 1955; Сухарева Г., 1937; и др.).

Своеобразное искаженное недоразвитие, приводящее к нарушению социального взаимодействия из-за специфических нарушений речи, — таково наиболее распространенное в настоящее время представление о сути аутизма.

Около 2 % братьев и сестер больных аутизмом страдают той же болезнью. Это в 50 раз больше, чем в здоровой популяции. Конкордантность по аутизму у монозиготных пар равна 35 %, а дизиготных — 0. У неаутичных членов семей могут быть нарушения познавательных функций, но менее выраженные, чем у больных.

Его причиной могут стать также *врожденные нарушения обмена* при фенилкетонурии, гистидинемии, церебральном липидозе, мукополисахаридозах, нарушениях пуринового обмена. При этом патогенез аутизма понимается как увеличение содержания серотонина и уменьшение уровня дофамина в базальных ганглиях головного мозга. Существует взгляд, объясняющий механизм возникновения детского аутизма *аутоиммунными процессами*. В процесс созревания нейронов, их перемещения, формирования синапсов могут вмешаться иммунные механизмы и привести к появлению аномальных нейрональных связей. Эти ранние расстройства клеточной миграции могут стать основой грубой мозговой патологии или даже смерти. Серотонин, являющийся естественным фактором, управляющим развитием аксонов и формированием синапсов, не справится со своей задачей, если его содержание будет недостаточно или если соответствующие рецепторы не будут к нему чувствительны. Наличие у аутистов антител к мозговому серотонину в момент синаптогенеза препятствует формированию нормальных мозговых структур, и, как следствие, появляются аутистические симптомы. Причина появления антител к серотонинэргическим нейронам не ясна, возможно, что первичен клеточный иммунный ответ, а гуморальная реакция, возникающая в процессе образования аномальных нейрональных связей, вторична.

Неврологический и нейрофизиологический подход. Л. Бендер (1959) в основе аутистического синдрома видит органическое поражение ЦНС. Б. Римленд (1964) связывает происхожение аутизма с недостаточной активацией ретикулярной формации, а Ц. Хатт, С. Хатт, Ц. Оунстед (1964) — с ее перевозбуждением. Нарушением интеграции сенсорных стимулов (зрительных, слуховых, обонятельных) объясняют происхождение аутизма Е. Энтони и Е. Шоплер (1965). Мозг аутиста обрабатывает сенсорную информацию иначе, чем здоровый ребенок.

Предполагают, что детский аутизм связан с пренатальными или перинатальными осложнениями — легкими органическими повреждениями головного мозга. Например, с внутриутробной краснухой или перенесенным после рождения коклюшем, сифилисом, ревматизмом, туберкулезом, энцефалитом, интоксикацией. Этот синдром наблюдается также у больных с детским церебральным параличом. Неврологические симптомы подтверждают факт участия биологических вредностей в происхождении аутизма. Аутизм трактуют как разновидность резидуально-органических расстройств психики, обусловленных врожденной или рано приобретенной слабостью подкорковых и срединных структур, нарушениями взаимодействия полушарий. Нарушения вызванных потенциалов, быстрых движений глаз (REM) в соответствии с результатами записи ЭЭГ указывают на отставание созревания структур ЦНС. Аномальные ответы на сенсорные стимулы истолковываются как неспособность: удерживать стойкие образы перцепторного опыта, перейти от опоры на тактильные восприятия, движения и запах к опоре на зрение и слух, передавать информацию от одного органа чувств к другому. Предположено также, что повреждение ретикулярной формации у аутистов приводит к хроническому состоянию недостатка стимуляции, что ограничивает способность реагировать на внешние раздражители. Другое мнение — чрезмерное возбуждение ретикулярной формации заставляет фильтровать внешние стимулы и избегать ситуаций, при которых меняется среда, и тем самым возрастает активация. Третий подход — дисбаланс между ретикулярной и лимбической системами, не позволяет больному установить связь между своим поведением и положительными или отрицательными подкреплениями. Отмечено также, что дисфункция вестибулярной системы играет ведущую роль в происхождении аутизма.

ВМЕШАТЕЛЬСТВО. ТЕРАПИЯ

Абилитация аутизма проводится комплексно разными специалистами: психиатрами, психологами, психотерапевтами, логопедами, специальными педагогами, музыкальными терапевтами, педиатрами и невропатологами.

Используются следующие виды терапии: психофармакотерапия, физиотерапия, массаж, лечебная физическая культура, индивидуальная и семейная психотерапия, логопедическая коррекция и т. д.

Психофармакотерапия воздействует в первую очередь на продуктивную симптоматику, на эмоциональное напряжение. Она способствует активации поведения ребенка.

Существует несколько групп психотропных препаратов:

1. Нейролептики (тизерцин, неулептил, галоперидол, хлорпротиксен, сонапакс, эглонил и др.) применяются для купирования возбуждения, обманов восприятия, тревоги и других аффективных расстройств. Коррекции когнитивных симптомов помогают стелазин, этаперазин. Препараты назначаются малыми дозами с учетом состояния ребенка на небольшие сроки.
2. Антидепрессанты (азафен, пиразидол, амитриптилин, лудиамил и др.) назначают в период адаптации, для стимуляции активности и смягчения аффективных расстройств.
3. Для профилактики и лечения аффективных фаз — иминостильбены (карбамазепин, тегретол, финлепсин), вальпроаты (ацедипрол, депакин, конвулекс и др.).
4. Транквилизаторы (нозепам, тазепам, лоразепам, мезапам, сибазон, феназепам) применяются редко и в течение очень короткого времени при расстройствах сна, состояниях возбуждения.
5. Ноотропы (пирацетам, энцефабол, фенибут, пантогам, пикамилон) и препараты аминокислот (когитум, клерегил, глицин, глютаминовая кислота) используются в период стабилизации симптоматики с целью активации развития ребенка и его поведения.
6. Препараты, содержащие пептиды. Так, церебролизин, содержащий в своем составе 15 % пептидов, улучшает мозговой метаболизм, обладает нейропротекторными свойствами нейротрофической активностью. Используется для сглаживания задержек психического развития и смягчения аутистических расстройств.
7. Витамины (группы В, С, Е) в составе «Ундевита», «Глютамевита» и другие необходимы для нормализации обмена веществ.
8. Средства, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон — винпоцетин, стугерон — циннаризин), назначаются курсами.
9. Соматическая терапия проводится в зависимости от состояния телесного здоровья ребенка.
10. С целью предупреждения побочных явлений (акатизия, саливация, гиперкинезы) при терапии нейролептиками назначаются циклодол, тропацин и др.

Абилитация состоит в коррекции и восстановлении неравномерно поврежденных и остановившихся в своем развитии основных психических функций ребенка-аутиста, а также в формировании социального взаимодействия. Индивидуальная коррекция сочетается с групповыми занятиями. Коррекционная работа основывается на вовлечении в обучение всех анализаторов.

Абилитация начинается с адаптации к условиям, в которых она будет проводиться (дневному стационару, больнице, коррекционному образовательному учреждению и т. д.). Для получения опыта по переживанию тактильных и эмоциональных стимулов и формирования соответствующих реакций используют по-

верхностный массаж. При этом осуществляется глазной контакт, сопровождаемый мимическими движениями в ожидании ответных реакций. Применяется также подводный массаж. Наряду с прикосновениями ребенок нуждается в пассивных движениях, что поможет сформировать представление о собственном теле. У ребенка начинают возникать ориентировочные реакции на то, что происходит вокруг. Телесный контакт используется в качестве одного из первых средств коммуникации. Таким образом, формируется зрительно-моторный комплекс, реакция оживления, зрительного слежения, глазо-ручная интеграция. Ребенка обучают манипулировать предметами. Отрабатывается указательный жест. Эти и другие движения обычно у детей предшествуют формированию речи.

Для преодоления нарушений, расстройств восприятия и интеграции сенсорной информации, искажающих картину окружающего мира у детей-аутистов, может быть использована концепция «Снузелена». В ее основе — принцип оживления чувственных ощущений. С этой целью применяются различное освещение, эфирные масла, разнообразные запахи, движение воздуха, массаж, материалы различного рода, звуки, вкусовые стимулы, температурные воздействия, вибрации. Непереносимость тех или иных раздражителей варьирует от ребенка к ребенку. В этой связи приходится подбирать стимулы, необходимые для преодоления перцептивных трудностей, а затем добиваться их переносимости и адаптации к ним. В дальнейшем объединяют 2—3 сенсорные модальности. Развиваются навыки коммуникации, поведения в группе, очередность действий. В процессе занятий ребенок получает возможность расслабиться, побыть в одиночестве.

У детей-аутистов продолжают развивать также глазоручную координацию, мелкую моторику и речь. Большое значение для развития подражательных действий имеют упражнения для мышц пальцев, кистей, предплечий, шеи, лица. Для подкрепления зрительно-моторных связей используются подвижные игры с пальцами, сопровождающиеся речью педагога. Игры в «потешки» и ритмические движения улучшают функциональное состояние мозга. Развитие речи необходимо для преодоления интеллектуального отставания. При этом приходится преодолевать негативизм больных и имеющуюся речевую патологию. Ребенку помогают имитировать звуки, слоги и слова. Обучают воспринимать речь. Обращенную речь упрощают. Ее сопровождают показом действий, соответствующих фразам. Обучают навыкам диалога. Развивают слуховое внимание, слуховое восприятие, фонематический и речевой слух. Используется слухозрительное восприятие слова с тем, чтобы ребенок не только слышал, но и видел, как произносится слово.

В дальнейшем занятия проходят в маленьких группах. Все темы логопедических занятий повторяются на прогулках, в домашней обстановке и т. д.

Помощь в развитии общей моторики ребенку-аутисту необходима в связи с тем, что у него, как правило, неравномерен шаг, может быть ходьба на цыпочках, отсутствуют содружественные движения рук и ног при ходьбе, недостаточная устойчивость при стоянии, склонность к двигательным стереотипиям. Для этого наряду с массажем и занятиями лечебной физкультурой проводятся упражнения на спортивных снарядах, с различными предметами и движения в воде.

Обучение навыкам общения происходит в процессе игры и межперсональных взаимоотношений. Обычно игровая деятельность отстает на 2—3 возрастных порядка. Программы дидактических игр должны это учитывать. Как правило, у ребенка-аутиста игра манипулятивная, без партнеров и в воображении, поэтому ее следует развивать. Этому могут способствовать дидактические, театрализованные игры, упражнения на развитие внимания, совершенствование целостного зрительного восприятия, развитие наглядно-действенного мышления.

Интеллектуальное развитие у большинства детей-аутистов отстает. Улучшению умственного функционирования способствуют тренировки решения задач, подготовленных к потребностям. Детей обучают ориентировке в форме предметов, графическим навыкам, определению времени и т. д. Во всех случаях обучения символическая информация подкрепляется конкретными наглядными объектами.

Психологическая коррекция проводится в соответствии с обнаруженными нарушениями в различных сферах психики. Ставится задача вовлечения ребенка в индивидуальную или совместную деятельность, формирование волевой произвольной регуляции поведения. Освоение игровых штампов способствует развитию памяти, внимания, восприятия. Постепенно осваивается перенос усвоенного — творческая регуляция поведения и ориентировка в окружающем.

Педагогическая коррекция направлена на активацию взаимодействия с педагогом, обучение навыкам самообслуживания, исправление недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи.

Тест

1. Детский аутизм — это:

а) нарушения в социальном взаимодействии, нарушения коммуникабельности и воображения, значительное сужение интересов и активности;
б) умственная отсталость;
в) резко выраженная интровертированность.

2. Нарушения в социальном взаимодействии при детском аутизме — это:

а) отсутствие стремления к общению, недостаток привязанности, слабость эмоциональных связей;
б) отсутствие реакций на раздражители;
в) симбиотическая привязанность.

3. Нарушения коммуникабельности при детском аутизме — это:

а) отсутствие речи или ее замедленное и извращенное развитие;
б) мутизм;
в) эхолалии.

4. Изменение активности при детском аутизме — это:

а) аутостимуляция, стереотипии, аутоагрессия;
б) двигательная расторможенность;
в) «полевое поведение».

5. Отставленная эхолалия — это:

а) воспроизведение услышанного спустя значительное время после запечатления;
б) немедленное повторение услышанной речи;
в) «попугайная речь».

6. Симптом тождества — это:

а) озабоченность сохранить неизменность окружения;
б) склонность к самоповреждениям;
в) предпочтение определенных видов пищи.

7. Уровень интеллекта у аутистов:

а) более чем у половины ниже 50;
б) у всех высокий (выше 80);
в) у всех одинаково низкий (ниже 50).

8. Эмоциональные проявления у аутистов:
а) эмоциональная тупость;
б) недифференцированность эмоций, преобладание сниженного или повышенного настроения, эмоциональная лабильность и сенситивность;
в) неадекватная аффективность.

9. Моторное развитие у аутистов:
а) замедленное;
б) не отличается от нормального;
в) выражается в нарушенной координации, атонии, гипомимии.

10. Неврологическая симптоматика при аутизме:
а) отсутствует;
б) имеется более чем у половины детей;
в) у всех грубые неврологические симптомы.

11. Детский аутизм — это:
а) прогрессирующая болезнь;
б) форма умственной отсталости;
в) своеобразное искаженное недоразвитие, приводящее к нарушению социального взаимодействия из-за нарушений речи.

12. Этиология детского аутизма — это:
а) психическая травматизация в раннем детском возрасте;
б) органическое поражение головного мозга;
в) неспецифический синдром различного происхождения.

Литература

Аутизм / под ред. С. А. Морозова. — М. : Сигнал, 2002.
Башина В. М. Аутизм в детстве. — М. : Медицина, 1999.
Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Психологическая помощь при нарушениях эмоционального развития. — М. : Экзамен, 2004.
Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. — СПб. : ИСПиП, 1998.
Детский аутизм / под ред. Л. М. Шипицыной. — СПб. : ИСПиП, 1997.
Иванов Е. С., Демьянчук Л. Н., Демьянчук Р. В. Детский аутизм. — СПб. : Дидактика Плюс, 2004.
Каган В. Е. Неконтактный ребенок. — Л. : Медицина, 1989.
Лебединская К. С. [и др.]. Дети с нарушениями общения. — М. : Просвещение, 1989.
Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. — М. : Теревинф, 1997.
Питерс Т. Аутизм. — СПб. : ИСПиП, 1999.
Ремшмидт Х. Аутизм. — М. : Медицина, 2003.

Глава 16. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ОБЫЧНО НАЧИНАЮЩИЕСЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (F90—F98)

Понятие «поведение» означает «образ жизни, совокупность поступков и действий кого-либо» (Ушаков Г. К., 2007), причем в одном аспекте под поведением понимается «система взаимосвязанных действий, осуществляемых субъектом с целью реализации определенной функции и требующих его взаимодействия со средой», а в другом аспекте — не всегда осознаваемая форма самовыражения индивида в социальном окружении (Юдин Т. И., 1975).

Поведение в самом общем биологическом плане можно определить как реализацию организмом генетической программы динамических соотношений организма со средой, а в более узком плане, особенно при изучении поведения на коротких временных интервалах, как активное изменение этих соотношений для удовлетворения обусловленных генетической программой и индивидуальным опытом потребностей в тех или иных факторах среды (Швырков В. Б., 1995).

С одной стороны, поведение для объективного наблюдателя является внешним, поверхностным феноменом, но с другой — практически всегда отражает глубинные отношения с внешней средой и ее социальным компонентом. Парадокс связи поведенческих проявлений с психическими расстройствами заключается в том, что внешне безобидные поведенческие эпизоды могут оказаться способом выражения довольно серьезных душевных конфликтов и, наоборот, бросающиеся в глаза своей необычностью и неожиданностью проявления на поверку оказываются вполне адекватными ситуации, адаптивными по своей природе, т. е. нормальными (Бизюк А. П., 2010).

Поведение некоторых детей и подростков обращает на себя внимание нарушением норм, несоответствием советам и рекомендациям, отличается от поведения тех, кто укладывается в требования семьи, режима школы и морали общества.

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

«Расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и поэтому является более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения» (МКБ-10).

Поведенческой норме в терминологическом отношении противостоит категория *девиантного поведения*, обозначающего систему поступков, противоречащих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (ожиданиям) и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушения процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного или эстетического контроля за собственным поведением. Обычно к числу форм девиантного поведения относят аморальные

поступки, систематическое пьянство, наркоманию, сексуальную распущенность, проституцию, самоубийства, вандализм, маргинальность и т. п.

Первые проявления девиантного поведения иногда наблюдаются в детском и подростковом возрасте и объясняются относительно низким уровнем интеллектуального развития, незавершенностью формирования личности, отрицательным влиянием семьи и ближайшего окружения, зависимостью от требований референтной группы и принятых в ней ценностных ориентаций.

Если нарушение поведения возникает как проявление других нервно-психических расстройств, то тогда оно диагностируется в рамках этих расстройств и соответствующим образом кодируется. Диагноз расстройства поведения может быть поставлен лишь с учетом возраста ребенка. В раннем дошкольном возрасте вспышки гнева с соответствующим поведением не являются отклонением. Нарушения гражданских и имущественных прав детьми дошкольного возраста также не могут быть основанием для оценки их как отклонения поведения.

Возрастные особенности нарушений поведения хорошо показаны на примере детской агрессии. Каждый возрастной этап имеет специфическую ситуацию развития и выдвигает определенные требования к личности. Адаптация к возрастным требованиям нередко сопровождается различными проявлениями агрессивного поведения. Так, в самом раннем возрасте дети, скорее всего, демонстрируют агрессию, когда громко и требовательно плачут, не улыбаются и не вступают в контакт. Широко известен тот факт, что маленькие дети, желая сохранить материнскую любовь, склонны проявлять жестокость по отношению к новорожденным брату или сестре.

Адаптируясь к требованиям детского сада, малыши могут обзываться, щипаться, плеваться, драться, кусаться и даже поглощать несъедобное. Причем эти действия совершаются импульсивно, неосознанно и открыто, что называется «без разбора». Пассивным проявлением агрессии в этом возрасте считается негативизм, упрямство, отказ говорить или есть, грызение ногтей или кусание губ. Поведение ребенка дошкольного возраста дома существенно зависит от эмоционального климата в семье, а детская группа, в свою очередь, становится зеркальным отражением внутреннего состояния воспитателя.

В целом детская агрессивность является обратной стороной беззащитности. Если ребенок чувствует себя незащищенным, когда его потребности в безопасности и любви не удовлетворены, в его душе рождаются многочисленные страхи. Стремясь справиться со своими страхами, ребенок прибегает к защитно-агрессивному поведению. Другим возможным способом преодоления страха может стать направление агрессии на самого себя. Аутоагрессия может проявляться поразному, например, в саморазрушительных фантазиях, робости или в идеях самонаказания.

В младшем школьном возрасте агрессия чаще проявляется по отношению к более слабым ученикам (выбранной жертве), в форме насмешек, давления, ругательств, драк. Проявление агрессивного поведения школьников друг к другу в ряде случаев становится серьезной проблемой. Резко негативная реакция учителей и родителей на подобное поведение зачастую не только не уменьшает агрессивность детей, но, напротив, усиливает ее, поскольку служит косвенным доказательством силы и независимости последних. Тем не менее именно учитель, его авторитет и умение открыто выражать свое негативное отношение к агрессивному поведению побуждает детей выбирать социально более одобряемые формы поведения.

Специфической особенностью агрессивного поведения в подростковом возрасте является его зависимость от группы сверстников на фоне крушения автори-

тета взрослых. В данном возрасте быть агрессивным часто означает «казаться или быть сильным». Любая подростковая группа имеет свои ритуалы и мифы, поддерживаемые лидером. Например, широко распространены ритуалы посвящения в члены группы или испытания новичков. Шокирующая глаз «униформа» группы, как и подростковая мода в целом, также носит ритуальный характер. Ритуалы усиливают чувство принадлежности к группе и дают подросткам ощущение безопасности, а мифы становятся идейной основой ее жизнедеятельности. Мифы широко используются группой для оправдания ее внутригрупповой и внешней агрессии. Так, например, любое проявление насилия по отношению к «не членам группы» оправдывается заверениями: «они предатели... мы должны защищать своих... мы должны заставить всех уважать нас». Насилие, «одухотворенное» групповым мифом, переживается подростками как утверждение своей силы, как героизм и преданность группе. В то же время инициаторами агрессивного поведения могут быть отдельные подростки-аутсайдеры, дезадаптированные в силу различных причин и предпринимающие попытки самоутвердиться с помощью агрессии.

Диагноз нарушенного поведения ставится на основании чрезмерной драчливости, хулиганства, жестокости, разрушительных действий, поджогов, воровства, лживости, прогулов в школе, уходов из дома, необычно частых и бурных вспышек гнева, вызывающего, провокационного поведения, откровенного непослушания. Обычно основанием для соответствующей оценки поведения служит продолжительность описанных отклонений, составляющая 6 месяцев и более. Поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, называют девиантным. Оно может включать антидисциплинарные, антисоциальные, делинквентные (противоправные) и аутоагрессивные (суицидальные и самоповреждающие) поступки. Они по своему происхождению могут обуславливаться различными отклонениями в развитии личности (диссоциальное личностное расстройство, F60.2) и ее реагирования. Чаще это поведение — реакции детей и подростков на трудные обстоятельства жизни. Оно находится на грани нормы и болезни и потому должно оцениваться не только педагогом, но и психологом (врачом). Если же девиантное поведение возникает у детей с нарушением формирования личности или в процессе патологических ситуационных реакций, то оно относится к нервно-психической патологии. Возможность появления отклонений в поведении связана также с особенностями физического, психологического развития, условиями воспитания и социального окружения.

Распространенность

Среди психоневрологических расстройств детского возраста распространенность нарушений поведения велика, точное суждение об их числе затруднено тем, что определения этого понятия разными специалистами формулируются различно. Среди сельских детей (10—11 лет) нарушения поведения составляют 4 %, а среди городских детей этого же возраста — в 2 раза выше. У мальчиков нарушения поведения встречаются в 3 раза чаще, чем у девочек. Например, мальчики демонстрируют более высокие уровни прямой и физической агрессии, а девочки — косвенной и вербальной. Из числа детей, приходящих на прием в амбулаторные учреждения, от $^1/_2$ до $^1/_3$ — с агрессивностью, поведенческими отклонениями и антисоциальным поведением.

Систематика

Поведенческие отклонения у детей классифицируются в зависимости от критериев и представлений об этиологии. Г. Е. Сухарева (1959) систематизиру-

ет поведенческие расстройства в рамках психогенных реактивных состояний на основании степени остроты и интенсивности психотравмы, соотношения ситуационных и личностных моментов. R. Jenkins (1969) включил в систематику гиперкинетическую реакцию, реакцию ухода, реакцию тревоги, реакцию бегства, несоциализированную агрессивность, групповые правонарушения, прочие реакции. Классификация G. Heuyer — L. Michaux (1953) состоит из реакций протеста, оппозиции, имитации. Позже к ним добавили реакции компенсации и гиперкомпенсации. H. Stutte (1960) использует для систематики разные критерии: клинический (сенситивно-параноидные, обсессивные реакции), побудительные мотивы (гиперкомпенсаторные действия) и внешние проявления нарушений поведения (ложь, воровство, побеги и т. п.). Американское диагностическое и статистическое руководство (DSM-IV) включает следующие разделы: расстройства, проявляющиеся дефицитом внимания или дизруптивным поведением (дефицит внимания с гиперактивностью, расстройства поведения, оппозиционно-вызывающее поведение, дизруптивное поведение), расстройства питания, расстройства выделения, сексуальные расстройства и расстройства половой идентичности, расстройства приема пищи, расстройства контроля влечений, расстройства приспособления, расстройства личности.

В. В. Ковалев (1995) понимает нарушения поведения как разновидность психогенных характерологических и патохарактерологических реакций и подразделяет их на реакции протеста, отказа, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения.

Характерологическая реакция — преходящее, ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка, проявляющееся главным образом при определенных обстоятельствах. Она психологически направлена, не приводит к нарушениям социальной адаптации и не сопровождается соматическими расстройствами.

Патохарактерологическая реакция — психогенная личностная реакция, проявляющаяся отклонениями в поведении ребенка; она приводит к нарушениям социально-личностной адаптации и сопровождается соматовегетативными расстройствами. Обычно она развивается на основе характерологической, однако при наличии неблагоприятного фона (акцентуации характера, органической недостаточности, дисгармонически протекающем возрастном кризе) сразу принимает патологические формы. Показателем перехода в патохарактерологическую реакцию являются нарушения поведения, появляющиеся вне ситуации, в которой они первоначально возникли, частичная утрата психологической понятности их возникновения, большая выраженность аффективных расстройств и явные соматовегетативные нарушения. Как правило, патохарактерологические реакции нарушают приспособление детей к условиям семейной жизни, к детскому коллективу, расстраивают взаимоотношения со взрослыми и сверстниками. Они становятся поводом для обращения за консультацией к специалисту (психологу, врачу).

Международная классификация болезней (1992) 10 пересмотра, к которой наша страна присоединилась, предлагает рассматривать поведенческие расстройства у детей в разделе: «Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте» (F90—98).

Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (с добавлениями):

Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции. *Реакция оппозиции или протеста. Реакция отказа. Реакция имитации. Реакция компенсации. Реакция гиперкомпенсации.*

Гиперкинетические расстройства (F90.1).

Расстройства поведения (F91):

Расстройство поведения, ограничивающееся семьей (F91.0). Несоциализированное расстройство поведения (F91.1). Социализированное расстройство поведения (F91.2).Оппозиционно-вызывающее расстройство (F91.3).

Смешанные расстройства поведения и эмоций (F92).

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (F93):

Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте (F93.0). Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1). Социальное тревожное расстройство (F93.2). Расстройство сиблингового соперничества (F93.3).

Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста (F94):

Элективный мутизм (F94.0). Реактивное расстройство привязанности детского возраста (F94.1). Расторможенное расстройство привязанности детского возраста (F94.2). Другие расстройства социального функционирования детского возраста (F94.8).

Традиционно в нашей стране использовалась следующая классификация.

Поведенческие реакции, свойственные преимущественно подросткам:

Реакция эмансипации.

Реакция группирования.

Реакции увлечения.

Нарушение поведения, обусловленное реакцией на свое физическое состояние.

Девиации сексуального поведения.

Нарушение поведения, обусловленное психологическими особенностями детей и подростков.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ (F90.0—F90.9)

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) характеризуется краткой продолжительностью внимания, беспокойством и импульсивностью. Он затрудняет адаптацию в школе, ухудшает успеваемость, является причиной озабоченности родителей и учителей.

Гиперкинетический синдром впервые описан немецким врачом H. Hoffmann (1854).

Распространенность гиперкинетического синдрома среди школьников — 3—15 %. При этом врачи обнаруживают таких детей меньше, чем педагоги. Среди учеников начальной школы, направляемых к психиатрам и психологам, по крайней мере, 50 % — дети с синдромом гиперактивности. Мальчики в 3—10 раз чаще, чем девочки, страдают этим синдромом.

Клиническая картина

Гиперактивность. В раннем дошкольном возрасте эти дети очень активны, полны энергией, менее других нуждаются во сне. Они быстрее сверстников снашивают обувь, одежду, у них скорее разрушаются велосипеды. У таких детей отмечаются беспокойство, неспособность сидеть тихо в течение сколько-нибудь длительного времени, болтливость и неумение удерживать свои руки от постоянного движения.

Отвлекаемость, как и неспособность удерживать внимание, отмечается родителями до поступления в школу. Гиперактивный ребенок не способен к усидчивой классной и домашней работе, он часто погружен в свои мечтания и легко отвле-

кается случайными раздражителями. Он не способен продолжительно слушать сказки и рассказы или принимать участие в настольных играх.

Импульсивность. Необдуманность и неожиданность поступков этих детей проявляется во внезапном выскакивании на улицу перед идущим транспортом, карабкании по крышам и карнизам, а также в неуместных и бестактных высказываниях.

Возбудимость. Она проявляется в аффективных вспышках и агрессивности без достаточного повода, низкой фрустрационной толерантности, в тенденции к перевозбуждению и чрезмерной активности в провокационных ситуациях, особенно в больших группах детей.

Часто встречаются и другие симптомы: агрессивность и антисоциальное поведение, трудности в обучении и отставание в познавательном развитии, депрессия и низкая самооценка.

Антисоциальное поведение. У старших детей антисоциальное поведение является вторичной реакцией. Неуспевающие, не принятые сверстниками, отвергаемые дома и в школе становятся агрессивными и протестуют против ценностей общества. Антисоциальность у меньшей части детей имеет семейное, и вероятно, генетическое происхождение.

Трудности в обучении и отставание в познавательном развитии. Затруднения в овладении школьными навыками — наиболее важный симптом описываемого расстройства, однако ни его природа, ни его частота до конца еще не изучены. Плохую успеваемость этих детей связывают с низким интеллектуальным потенциалом, неврологическими поражениями, повышенной активностью, нарушающей внимание и приобретение информации, слишком быстро принимаемыми решениями. Результаты выполнения заданий субтестов WISC у гиперактивных детей более изменчивы, чем у здоровых. Затруднено образование зрительно-моторных навыков, нарушена тонкая или грубая координация, а также внимание и особенно постоянство активного бодрствования, замедлено время реакции на стимулы.

Эмоциональные симптомы. Наблюдающиеся у гиперкинетических детей депрессия и ее эквиваленты объясняются реакцией на постоянные неудачи в школе и дома.

У младших дошкольников описан «*невропатический синдром резидуально-органического происхождения*» (Ковалев В. В., 1995), при котором расстройства интеллектуальных функций рудиментарны и выражаются в некоторой задержке речевого развития, бедном запасе слов, низком уровне выполнения речевых заданий по сравнению с невербальными задачами, слабой выраженности интеллектуальных интересов (к чтению рассказов и сказок, к сюжетным играм и т. д.), затруднениях при запоминании детских стихов и песен. На первый план выступают возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций (склонность к диспептическим расстройствам, аллергическим реакциям), неустойчивый сон, пониженный аппетит, повышенная чувствительность, эмоциональная возбудимость, впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения. Все это сочетается с двигательной расторможенностью, нечеткостью восприятия. Кроме того, имеются неврологические симптомы (отклонения со стороны черепно-мозговой иннервации, нарушения координации). У школьников больший удельный вес занимают нарушения познавательных процессов. Отмечаются импульсивность, склонность к реакциям «короткого замыкания», слабое чувство дистанции, недостаточная самокритичность. В одних случаях преобладает дефект эмоционально-волевых свойств личности, эмоционально-волевая неустойчивость, ведущая роль в поведении мотива непосредственного получения удовольствия, аффективная возбудимость с агрессив-

ностью, расторможение влечений (сексуальность, прожорливость, жажда новых впечатлений). В других случаях — при апатическом варианте (по С. С. Мнухину, атоническом) — эмоциональная вялость, монотонность, слабость побуждений, нередко бездеятельность, недостаточность инстинктивных влечений, практическая беспомощность, недостаточность моторики. Выражены органические изменения психики: инертность, тугоподвижность психических процессов, слабость памяти, преобладание конкретного типа мышления, повышенная пресыщаемость и истощаемость психики и т. д.

При эйфорическом варианте — эйфорический фон настроения, расторможение примитивных влечений, недостаточность критики к себе и своим поступкам.

При церебрастенических состояниях — на первом плане повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках и новых требованиях. Интеллектуальная недостаточность определяется неравномерной, колеблющейся работоспособностью, замедленным темпом психической деятельности, низкой продуктивностью, нарушением внимания и памяти. При расстройствах формирования высших корковых функций нарушается развитие школьных навыков. Отмечаются затруднения в анализе и синтезе пространственных отношений (ориентировке в сторонах тела, конструировании пространственных фигур, складывании разрезных картинок). Имеются нарушения праксиса, затруднения воспроизведения и дифференцировки ритмов, недостаточна автоматизация речевых рядов, ухудшена способность быстро изучить алфавит, ряды цифр, дни недели, порядок месяцев. Долго не автоматизируются навыки чтения и письма. При письме наблюдаются дисграфические ошибки акустического и оптического характера. При этом обнаруживается хотя и невысокая, но достаточная способность к абстрактному мышлению.

Гиперактивность рассматривают также не как синдром, а как *клиническую сущность*, связывают ее происхождение с врожденными или ранними постнатальными факторами. К основным расстройствам при ней относят отвлекаемость, неустойчивость внимания, эмоциональную лабильность, раздражительность, неравномерность и недостаточную целенаправленность интеллектуального функционирования и нестабильность поведения. В целом это состояние определяется как психомоторная нестабильность-неравномерность. Поведение гиперактивного ребенка лишено не только стратегии предвидения, но и продуктивной тактики. Несмотря на большую подвижность, поведение его однообразно, неэффективно, а активность недостаточно результативна, чтобы использовать ресурсы ситуации. У сверстников он не может добиться стойкого уважения, так как его хаотичное и непредсказуемое поведение и поступки способны лишь отвергнуть принятые ценности и правила, но не могут предложить ничего позитивного. Гиперактивный ребенок — общителен, однако его симпатии нестойки. Расстройство внимания заключается в неспособности удержать его в фокусе, удовлетворительно распределить и координировать. Истощаемое внимание, связанное с ним плохое запоминание и воспроизведение расцениваются как плохая память или даже снижение интеллекта. Имеющееся же у части детей ухудшение интеллекта характеризовалось неравномерностью структуры и недостаточной его реализацией из-за нарушений внимания, поведения и психомоторики. Аффективная жизнь гиперактивного ребенка поверхностна, неустойчива и лабильна, проявляется бурно и драматично. Больной не способен запоминать ни радостей, ни огорчений, каждое последующее переживание вытесняет предыдущее. Он постоянно стремится немедленно получить удовольствие, будучи неспособным преодолевать препятствия, терпеть, ожидать или завоевывать желаемое. Не запоминая отрицательных переживаний, он оказывается неспособным учитывать их при выработке социально приемлемого поведения (Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1978).

Этиология

Причиной гиперкинетического синдрома может быть разнообразная органическая патология, в том числе и смешанная. Основное нарушение — патология лобно-стриарно-мозжечковых связей. С помощью МРТ, ПЭТ и других способов нейровизуализации обнаружены поражения орбитальной и префронтальной коры справа, а также мозжечка. Наиболее частой этиологией считают наследственность. 78—92 % однояйцевых близнецов страдают этим синдромом. У 15—20 % матерей и у 25—30 % отцов обнаруживается СДВГ. Возможны также приобретенные причины этого расстройства: алкоголизация или интенсивное курение во время беременности, микродозы свинца, недоношенность, особенно с кровоизлияниями, патология беременности, тревожность матери во 2-м триместре беременности (Баркли Р. А., 2006).

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ДЕТЯМ

Реакция оппозиции или протеста

В раннем дошкольном возрасте она может возникнуть при ограничении активности ребенка, при чрезмерном или насильственном кормлении, при прежде-временном или неумеренно строгом приучении к горшку. У старших детей в основе реакции протеста — глубокая обида, ущемленное самолюбие, недовольство, озлобленность, возникающие из-за чрезмерных требований, непосильных нагрузок, утраты или недостатка внимания, несправедливых или жестоких наказаний.

Реакции активного протеста — непослушание, грубость, разрушительные действия, вызывающее или агрессивное поведение.

Реакции пассивного протеста — отказ от еды, уход из дома, попытки самоубийства, отказ о речи (мутизм), энурез, энкопрез, повторные рвоты, запоры, насильственный кашель, замаскированная враждебность к «обидчику», замкнутость, нарушение эмоционального контакта.

Реакция отказа

Самые ее типичные проявления встречаются в раннем возрасте. Она возникает в связи с утратой ребенком чувства безопасности, неудовлетворенной потребностью в общении с эмоционально значимой фигурой. Наиболее выраженные проявления этой реакции — неподвижность, заторможенность, отсутствие стремления к общению, исчезновение реакций на происходящее вокруг. Утрачивается желание играть, наслаждаться сладостями. Появляются подавленность, расстройство сна, утрата аппетита. Способствует возникновению этой реакции ослабленность соматическими заболеваниями.

Реакция имитации

Она характеризуется копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Ребенок может подражать активности взрослого или поведению референтной группы (асоциальной компании детей). Нарушение поведения возникает, когда копируются асоциальные формы поведения (сквернословие, хулиганские поступки, воровство, бродяжничество), вредные привычки (онанизм), аддиктивное поведение (курение, вдыхание летучих веществ, употребление алкоголя). Эта реакция особенно упорно повторяется и приводит к более глубокой дезадаптации, если развивается на фоне расторможенных влечений или сама провоцирует преждевременное развитие инстинктивных проявлений (например, сексуальных).

Реакция компенсации

Может возникнуть как форма психологической защиты, при которой разочарованные своей неудачей в одной сфере дети стремятся достичь больших успехов в других областях. Эта реакция может лечь в основу нарушений поведения, если ребенок, не сумевший проявить себя в школе, станет укреплять свой авторитет за счет асоциального поведения (хулиганства, воровства и т. д.).

Реакция гиперкомпенсации отличается от предыдущей тем, что свою неспособность или свой дефект дети преодолевают за счет сверхусилий в наиболее трудной для них области деятельности. Если пугливый подросток будет пытаться гиперкомпенсировать свой страх нападениями на других подростков или опасной ездой на велосипеде, мотоцикле, автомобиле (угоняя их у владельцев), то таким образом эта реакция станет механизмом развития нарушенного поведения.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ (F90.1)

Оно характеризуется недостаточной настойчивостью в деятельности, требующей умственного напряжения, тенденцией переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду со слабо регулируемой и чрезмерной активностью. С этим могут сочетаться безрассудность, импульсивность, склонность попадать в несчастные случаи, получать дисциплинарные взыскания из-за необдуманного или вызывающего нарушения правил. Во взаимоотношениях со взрослыми не чувствуют дистанции, дети их не любят, отказываются с ними играть. Может быть также расстройство поведения и заниженная самооценка. Таким образом, диагноз гиперкинетического расстройства поведения ставится, когда имеются признаки и гиперкинетического расстройства (F90), и расстройств поведения (F91).

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ (F91)

Расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. В своей наиболее крайней степени оно доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и поэтому является более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения. Признаки расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, при которых должен ставиться основной диагноз.

В некоторых случаях нарушения поведения могут перейти в *диссоциальное расстройство личности* (F60.2). Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятным психосоциальным окружением, включая неудовлетворительные семейные отношения и неудачи в школе.

Заключения о расстройствах поведения следует давать с учетом возрастных особенностей ребенка. Например, вспышки гнева нормальны для ребенка 3 лет. семилетние не понимают, что такое нарушение гражданских прав.

Диагноз основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжелых разрушениях собственности; поджогах, воровстве, лживости, прогулах в школе и уходах из дома, необычно частых и тяжелых вспышках гнева; вызывающем, провокационном поведении; постоянном откровенном непослушании.

Не рекомендуется ставить диагноз, пока продолжительность вышеописанного поведения не составит 6 месяцев и более.

Расстройство поведения, ограничивающееся семьей (F91.0)

Оно включает антисоциальное или агрессивное поведение (а не только протестующее, вызывающее, грубое), проявляющееся только или почти только дома и/или во взаимоотношениях с родителями и самыми близкими родственниками или домочадцами. Даже выраженные нарушения взаимосвязей между детьми и родителями сами по себе недостаточны для постановки диагноза. Может иметь место воровство из дома преимущественно денег или вещей одного-двух членов семьи. Намеренное разрушение вещей определенных членов семьи: разламывание игрушек или украшений, порча обуви, одежды, резание мебели или разрушение ценного имущества. Жестокость по отношению к одним, но не другим родственникам. Намеренные поджоги дома. При этом у ребенка не бывает выраженных расстройств поведения за пределами семейной обстановки, и его социальные взаимоотношения вне семьи в пределах нормы.

В большинстве случаев это расстройство возникает из-за выраженного нарушения взаимоотношений ребенка с ближайшими родственниками. В некоторых случаях такое расстройство поведения может быть спровоцировано появлением в семье неродного родителя, других новых членов семьи (сводных братьев, сестер). Ситуационно обусловленные, эти расстройства обычно не имеют плохого прогноза.

Несоциализированное расстройство поведения (F91.1)

Это расстройство характеризуется сочетанием упорного антисоциального или агрессивного поведения с нарушением социальных норм и со значительным разладом взаимоотношений с другими детьми. Оно отличается отсутствием продуктивного общения со сверстниками и проявляется в изоляции от них, отвержении ими или непопулярности, а также в отсутствии друзей или эмпатических взаимных связей с ровесниками. По отношению к взрослым дети проявляют несогласие, жестокость и негодование, реже взаимоотношения хорошие, но без должной доверительности. Могут быть сопутствующие эмоциональные расстройства. Обычно ребенок или подросток одинок. Типичное поведение включает драчливость, хулиганство, вымогательство или нападение с насилием и жестокостью, непослушание, грубость, индивидуализм и сопротивление авторитетам, тяжелые вспышки гнева и неконтролируемой ярости, разрушительные действия, поджоги.

Е., 7 лет. Жалобы на непослушание, пренебрежение любыми замечаниями в свой адрес, грубость, вспыльчивость, жестокость при конфликтах с детьми. Во время редких классных занятий, которые посещает, проявляет любознательность, хорошие интеллектуальные способности.

Мать — искусствовед, вспыльчивая, несдержанная, заботливая, тревожная. Отец — юрист, интроверт, недостаточно чуток к людям, возбудим, агрессивен, склонен к резонерству, застреванию, перенес депрессию, страдает логоневрозом. Развод между родителями произошел, когда ребенку было около года.

Родился от третьей беременности. Роды с осложнениями. Диагностирована послеродовая энцефалопатия с повышенной судорожной готовностью и мышечной гипертонией. Раннее развитие без грубых отклонений. Страдал экссудативным диатезом, затем нейродермитом, аллергией. Всегда был пугливым, тревожным. Не отпускал мать. Переживал развод родителей. С отцом встречается, но общается с трудом, так как его боится.

В школе обучается с 7 лет. Ни с кем из детей не установил ни дружеских, ни товарищеских отношений. Легко вступает в конфликты с детьми. Вначале было до 10—15 ссор в течение дня. Постепенно их число уменьшилось, однако все время остается опасность нанесения соученикам повреждений и оскорблений. Во время легко возникающих драк вцепляется в лицо. Не чувствует чужой боли. Жесток. Груб. Не подчиняется дисциплине школы. В ответ на замечания старших легко возникает вербальная агрессия. Не подпускает

к себе. Посещает некоторые уроки, однако на занятиях непродуктивен, вертится, разговаривает. В то же время он любознателен, обнаруживает хорошее интеллектуальное развитие. На ЭЭГ констатируются комплексы «пик-волна 3 в секунду».

Будучи выведенным из школы из-за плохого поведения, дома самостоятельно занимается лишь смешиванием таблеток или возится с игрушечным телефоном, осваивает игры на компьютере. Слушает, когда мать читает ему книги. Играет с иногда приходящим к нему второклассником, считает его другом. Категорически отказывается вернуться в школу. Очень переживает свое пребывание в школе. Считает всех учителей злодеями. При общении проявляет негативизм. В штыки встречает все новое. Для того чтобы принять что-либо незнакомое, требуется некоторое время. Он очень подвижен, суетлив, с трудом, выбирая занятие, успокаивается.

На основании имеющегося расстройства поведения, проявляющегося неуправляемостью, противодействием режиму и воспитательным мерам, агрессией, а также неспособностью установить дружеские взаимоотношения с детьми, можно установить диагноз: несоциализированное расстройство поведения. В происхождении этого случая участвуют несколько этиологических факторов: 1) наследственность (отец — шизоидная акцентуированная личность, перенесшая психотический депрессивный эпизод); 2) органическое поражение ЦНС в течение родов; 3) ряд психотравматических событий: развод родителей, неровное семейное воспитание, столкновение неподготовленного, пугливого и не умеющего общаться ребенка с детскими коллективами и чужими взрослыми в детском саду и школе.

Терапевтическое вмешательство должно предусматривать индивидуальное обучение, воспитание, учитывающее все сложности личности ребенка и истории его развития, постепенное введение его в круг сверстников, поощрение и культивирование интересов и способностей ребенка. Медикаментозное лечение должно предупредить опасность появления пароксизмальных расстройств, нормализовать аффективные отклонения, укрепить соматическое состояние.

Социализированное расстройство поведения (F91.2)

Оно отличается тем, что стойкое асоциальное (воровство, лживость, прогулы школы, уходы из дома, вымогательство, грубость) или агрессивное поведение возникает у общительных детей и подростков. У них адекватные, длительные взаимоотношения со сверстниками приблизительно того же возраста. Часто они входят в группу асоциальных сверстников, но могут быть и в составе неделинквентной компании. Если их антисоциальное поведение включает в себя хулиганство, могут быть нарушены взаимоотношения с жертвами или другими детьми. Со взрослыми, представляющими власть, отношения плохие. С некоторыми взрослыми могут быть хорошие взаимосвязи. Эмоциональные расстройства обычно минимальные. Нарушения поведения могут включать или не включать семейную сферу. Расстройство поведения в школе совместимо с диагнозом. Сюда включаются групповая делинквентность, правонарушения в условиях членства в банде, воровство в компании с другими, прогулы школы.

В., 12 лет. Ученик 7 класса. В школе возник конфликт. При удовлетворительных способностях не желает учиться. Отказывается посещать уроки. Поведение антисоциальное. На уроках громко разговаривает, поет, визжит, разрисовывает парты. Во время занятий выкрикивает бранные слова. Ходит по классу. Вспыльчив, агрессивен. Затевает драки. Бьет детей палками, ногами. Травит вновь пришедших в класс. Измывается над детьми и взрослыми. Получая замечания или наказания, не плачет, а озлобляется. Заявляет: «Что могут сделать со мной?» Отрицает получение двоек.

Отец — газосварщик, бывший заключенный, был осужден за кражу. В разводе с матерью с того времени больному, когда было 3 года. Сейчас не работает. Мать — продавец, имеет неполное среднее техническое образование.

Родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом на фоне волнений. Ребенок был желанным, но потом мать разочаровалась в нем. Родился в срок, масса тела была 2750 г. Грудное вскармливание до 4 месяцев. До года стучал головой о стенку. На-

чал ходить с 9 месяцев. Речь развилась вовремя. С 1,5 года пошел в ясли, затем в детский сад. Из детсада уходил. Сторонился детей с 4-летнего возраста. Ударил девочку качелями. Отравил рыбок в аквариуме. Из-за его поведения воспитательница конфликтовала с матерью. В школе с 7 лет. К школе был не готов. В 1 классе ленился. В начальных классах учился только удовлетворительно, со 2 класса был неусидчивым, вертлявым, отвлекался. С этого учебного года мать перестала следить за учебой и поведением мальчика. В 9 лет был несправедливо наказан из-за стекла, которое не разбивал. С 4 класса стал нарушать дисциплину. Заработал ярлык «дебила», «негодяя». С прошлого учебного года появились многочисленные двойки. Произошел конфликт. Во время перемены дрались, не слушались старших девочек, которые дежурили в этот момент. Приставали к ним, втроем преследовали одну из девочек. В отместку был затащен в класс старших, унижен. Озлобился, кидал булавки в детей. Был обвинен в том, что разбил очки.

Болел ветрянкой, частыми катарами верхних дыхательных путей. Перенес тяжелое отравление. Когда ребенку было 3 года, отец увез его к своим родителям на 1 месяц. Там ребенок много плакал. В дошкольном возрасте перенес электротравму, сунув пальцы в розетку.

Результаты исследования интеллектуального функционирования: WISC — общая оценка 117, вербальная — 106, невербальная — 125.

Ю., 12 лет, ученица 6 класса. С октября 1999 г. перестала ходить в школу. Уходит из дома, не ночует в течение нескольких недель. Конфликтует с членами семьи. Грубо с ними обращается. Терроризирует 8-летнего брата. Не следит за своим внешним видом. Покрасила волосы. Курит. Несколько раз приходила домой пьяной. Берет из дома деньги. Однажды взяла 600 руб. из кассы на работе у матери. Общается с компанией ребят, которые старше ее. Три месяца тому назад совместно с ними обокрала квартиру родителей (комнату сестры). Унесла много вещей, золотые украшения. В течение двух последних месяцев приходит и уходит из дома, когда ей вздумается. Мать — продавец, с неполным средним образованием. Страдает пороком сердца. Отец — морской офицер. Пять лет тому назад разбился, упав с водосточной трубы, когда спускался с 4-го этажа от своей любовницы. Много пил с самого начала совместной жизни с матерью больной. Был жестоким человеком, бил жену. В то же время любил больную, баловал ее. Дед неродной — алкоголик, грубый, жестокий человек. Старшая сестра — 20 лет, замужем. Младший брат — 8 лет.

Родился от второй беременности. Ребенок был желанным. Роды нормальные. В течение 3 месяцев была на грудном вскармливании. С 3 лет в детском саду. Посещала его с удовольствием. После рождения брата изменилась, была им не довольна, к нему относилась плохо, толкала его, трепала, отнимала и ломала его игрушки. Ревновала к матери. До настоящего времени ломает его вещи, оскорбляет, без всякого повода жестоко бьет. С 7 лет в школе. Смерть отца тяжело переживала, много плакала, была на его похоронах, забрала у родителей отца его фотографию, разговаривала с ним. После смерти отца до настоящего времени посещает его могилу. Пишет стихи и посвящает их отцу. С 4 класса поведение ухудшились, появилось драчливость, жестокость. С 5 класса стала учиться на «удовлетворительно» и «плохо». В 6 классе новой школы, куда была переведена из-за плохой успеваемости, училась только 3 месяца. Сразу не поладила с новыми соучениками, вступила с ними в конфликт. Один из школьников побил ее. После этого в школу не возвращалась. Однажды пришла в школу, однако дети ее обзывали «больной СПИДом», другими нехорошими словами. Навела на обидчиков «друзей», которые припугнули их и побили. После этого приходила проверить, будут ли ее дразнить. Была удовлетворена тем, что никто не обзывал ее. Злорадствовала по этому поводу. Мать пыталась заставить ее возобновить занятия, сама водила ее в школу, привязав ее руку к своей. Девочка, войдя в здание школы, убегала оттуда. Дома ведет себя вызывающе. Мажет помадой губы, перекрашивает волосы. Несмотря на неопрятность в одежде, приукрашивает себя цветным шарфиком. Регулярно употребляет джин-тоник, курит дорогие сигареты, которыми ее угощают приятели. Иногда пьет водку, уверяет, что редко и понемногу. Использует до 10 таблеток димедрола, чтобы видеть «глюки». Рассказывает о виденных ею «летающих Касперах», стоящих за ее спиной тенях. «Играла с подругой, используя шприцы для того, чтобы брать у себя кровь из вены». Ее знакомые предлагали даром и в долг порции героина, она, по ее словам, отказывалась колоться, «боялась последствий». Уходя из дома, не возвращается

в течение нескольких недель, спит у подруг, иногда остается на ночь в парадной. Однажды вместе с подружкой приняли какие-то таблетки, чтобы свести счеты с жизнью. После того как отделались рвотой, болями в животе и поносом, больше этих попыток не повторяли. Разозлившись на мужа сестры за то, что тот якобы много врет, пригласила «приятелей» ограбить комнату, где он живет с ее сестрой. Не понимает не только своего коварства, но и того, что заставляет страдать сестру. Матери заявляет, что хотела бы вернуться в старую школу. Уверяет, что хотела бы порвать со своими уличными друзьями. Якобы для этого завела новую подружку. Девочка поставлена на учет в детской комнате полиции. На заседании комиссии по делам несовершеннолетних предупреждена, что, если не вернется в школу, будет отправлена в специальное учреждение на перевоспитание.

Оппозиционно-вызывающее расстройство (F91.3)

Характерно для детей моложе 9—10 лет. Оно определяется наличием заметно негативистического, враждебного, вызывающего, непослушного, провокационного, брутального поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальнных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других. Дети часто и активно игнорируют просьбы взрослых или правила и намеренно досаждают другим людям. Обычно они раздражены, обидчивы, и их легко раздражают другие люди, которых они обвиняют за свои собственные ошибки и трудности. У них низкий уровень фрустрационной толерантности, и они легко теряют самообладание. В типичных случаях их вызывающее поведение носит характер провокации, так что они становятся зачинщиками ссор, проявляя чрезмерную грубость, нежелание взаимодействия и сопротивление авторитетам. Это расстройство поведения, как правило, имеет место в знакомой ситуации, в процессе же клинического обследования обычно не проявляется. Оно находится за пределами нормального уровня поведения для ребенка того же самого возраста в тех же социально-культурных условиях и не включает в себя более серьезные нарушения прав других, которые отмечены при агрессивном и диссоциальном поведении (воровство, жестокость, драки, нападения и разрушительные действия). Это менее тяжелый тип расстройства поведения. Самостоятельность расстройства признается преимущественно у маленьких детей.

СМЕШАННЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F92)

Это сочетание стойко агрессивного асоциального или вызывающего поведения с выраженными симптомами депрессии или тревоги. В одних случаях вышеописанные расстройства сочетаются с постоянной депрессией, проявляющейся сильным страданием, потерей интересов, утратой удовольствия от живых, эмоциональных игр и занятий, в самообвинениях и безнадежности. В других — нарушения поведения сопровождаются тревогой, боязливостью, страхами, навязчивостями или переживаниями из-за своего здоровья.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (F93)

В основе отличий детских эмоциональных расстройств от невротических расстройств у взрослых лежат четыре довода:

1) только у меньшинства взрослых, имевших эмоциональные расстройства в детстве, возникают неврозы;

2) многие эмоциональные расстройства у детей — преувеличение нормальных тенденций в развитии;

3) вовлеченные психические механизмы, ответственные за эмоциональные нарушения, у детей иные, нежели у взрослых;

4) эмоциональные расстройства детского возраста менее дифференцированы в сравнении с такими же у взрослых (или менее выражены).

Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте (F93.0)

Другое название — сепарационная тревога. Нормальные младенцы и дети обычно тревожатся из-за реальной или предполагаемой разлуки с людьми, к которым они привязаны. Диагноз же ставится лишь тогда, когда сильный страх отделения (сепарации) в раннем возрасте становится основным в беспокойствах (тревоге) ребенка. Расстройство определяется по степени выраженности и по сочетанию со значительными социальными трудностями, т. е. неспособностью овладения навыками игры, самообслуживания и отставанием в развитии речи. Оно не должно быть нарушением развития личности. Этот диагноз не ставится подросткам, если тревога не является продолжением ранних детских расстройств. Основной признак — чрезмерная тревога, связанная с боязнью отрыва от близкого человека, к которому ребенок привязан. Она не должна быть частью общей тревоги, возникающей по какой-либо другой причине. Проявления у ребенка сепарационной тревоги:

1) нереалистичность всепоглощающего беспокойства о возможном вреде, лицу, к которому ребенок испытывает привязанность, или страха, что близкие его оставят или не вернутся;

2) нереалистичность всепоглощающего беспокойства, что какой-либо неблагоприятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому он привязан, например, он потеряется, будет похищен, поступит в стационар, будет убит;

3) упорное нежелание или отказ идти в детское учреждение из страха расставания;

4) упорное нежелание или отказ идти спать без того, к кому ребенок испытывает большую привязанность;

5) упорный, неадекватный страх одиночества или страх в течение дня оставаться дома без лица, к которому привязан;

6) повторяющиеся ночные кошмары о разлуке;

7) рецидивирующие проявления таких соматических симптомов, как тошнота, боль в животе, головная боль, рвота, и других расстройств, появляющихся при разлуке (например, когда надо идти в детский сад);

8) чрезмерный повторяющийся дистресс (тревога, плач, раздражение, страдание, апатия или необычная замкнутость) при предчувствии, во время или сразу вслед за разлукой с лицом, к которому ребенок привязан.

Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1)

У детей, как и у взрослых, могут отмечаться страхи, сфокусированные на широком диапазоне предметов и ситуаций. Некоторые из этих страхов (или фобий) не являются частью нормального психического развития, например агорафобия (боязнь открытого пространства). Некоторые страхи — чрезмерное проявление особенностей определенной фазы развития, обычно возникающих в какой-то степени у большинства детей, например боязнь животных в дошкольном возрасте. Диагноз должен быть поставлен только при появлении страхов, специфических для определенных фаз развития и удовлетворяющих следующим критериям: 1) начало в соответствующий развитию возрастной период; 2) патологическая степень тревоги; 3) тревога не является частью другого расстройства.

Социальное тревожное расстройство (F93.2)

Осторожность при встрече с незнакомыми предметами и явлениями — нормальный феномен во второй половине первого года жизни, и определенные опасения в младшем детском возрасте также присущи детям, сталкивающимся

с незнакомой или угрожающей социальной ситуацией. Диагноз ставится детям в возрасте не старше 6 лет при возникновении необычных по выраженности расстройств, нарушающих социальное функцонирование (общение) и не составляющих части других нарушений. Обычно отмечается постоянный рецидивирующий страх и/или избегание незнакомых людей. Такой страх может быть при общении со взрослыми или детьми или и с теми и, другими. При этом имеется нормальная избирательная привязанность к родителям и другим близким.

Расстройство сиблингового соперничества (F93.3)

У большинства маленьких детей возникают эмоциональные расстройства вслед за рождением младшего брата или сестры. Чаще это расстройство легкое, но иногда соперничество или ревность после рождения сибса (брата или сестры) могут отличаться стойкостью. Характерны: 1) очевидность существования соперничества сибсов; 2) начало в течение ближайших месяцев после рождения сибса; 3) наличие эмоциональных проявлений, аномальных по степени выраженности и/или стойкости и сочетающихся с психосоциальными трудностями.

Соперничество, ревность сибсов могут проявиться заметной конкуренцией между детьми с целью получения внимания или любви родителей. Для того чтобы расцениваться как патологическое явление, данное расстройство должно сочетаться с необычно выраженными негативными чувствами. В тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или нанесением физических травм брату или сестре, злобным раздражением или моральным подавлением. В случаях меньшей выраженности это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеского взаимодействия.

Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (например, управление функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Часто ребенок пытается копировать младенца, чтобы получить от родителей больше внимания (например, посредством кормления). Обычно возрастают конфронтационное или оппозиционное поведение по отношению к родителям, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги, депрессии или отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает назойливое поведение с целью получения от родителей большего внимания, особенно в ночное время.

РАССТРОЙСТВА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ С НАЧАЛОМ, СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (F94)

Элективный мутизм (F94.0)

Это эмоционально обусловленная избирательность в разговоре (отказ от речи). В одних ситуациях речь достаточная, при других обстоятельствах, которые были для ребенка психологически чрезвычайно трудными, он не в состоянии говорить. Примером может быть ребенок, неплохо общающийся, в том числе и с помощью речи, со сверстниками и членами семьи. Однако он при этом отказывается говорить в классе с педагогом, в особенности когда его вызывают к доске. Причина отказа от речи — осуждение учителем и осмеяние учениками за неудачный устный ответ.

Реактивное расстройство привязанности детского возраста (F94.1)

Это стойкие нарушения социальных взаимосвязей у младенцев и младших дошкольников. Примером может быть возникающая у ребенка первых лет жизни в связи с отсутствием внимания и заботы матери анаклитическая депрессия.

Расторможенное расстройство привязанности детского возраста (F94.2)

Оно проявляется прилипчивостью в отношениях с неразборчивой, не избирательно направленной привязанностью (в 2 года). В старшем дошкольном возрасте может быть в форме претендующего на внимание неразборчивого дружеского поведения (появляется к 4 годам).

Другие расстройства социального функционирования детского возраста (F94.8)

Сюда включаются расстройства общения с аутизацией (погруженностью в свои переживания) и застенчивостью, обусловленные недостаточной социальной компетентностью (неумением по тем или иным причинам общаться с окружающими).

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, СВОЙСТВЕННЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОДРОСТКАМ

Реакция эмансипации

Это стремление высвободиться из-под опеки родителей, воспитателей и вообще всех взрослых. Способствует появлению этой реакции мелочная опека, лишение самостоятельности, постоянное давление, отношение к подростку как к несмышленому маленькому ребенку. Реакция эмансипации проявляется скрытым сопротивлением порядкам или попытками уйти из-под контроля взрослых. В первом случае это игнорирование советов, указаний и инструкций, непринятие помощи, упрямые попытки делать все самостоятельно, отвержение правил и норм, установленных взрослыми. Во втором случае это попытки устройства самостоятельной жизни.

Реакция группирования

Она осуществляется созданием неформальных групп сверстников и подростков, несколько старших или младших по возрасту. Эти группы обычно отличаются определенной стойкостью. Наиболее склонны к объединению подростки запущенные и безнадзорные. Активность таких групп нередко носит антисоциальный характер (хулиганство, мошенничество, воровство).

Реакции увлечения

Они тесно связаны с влечениями, наклонностями, интересами личности и проявляются удовлетворением некоторых потребностей, побуждений. Выделяют информативно-коммуникативные увлечения (удовлетворение жажды получения новых сведений, потребности в контактах, позволяющих обмениваться новой информацией); увлечения, основанные на удовлетворении чувства азарта (возникающие при различных играх, в особенности на деньги или другой «интерес»); эгоцентрические увлечения, позволяющие быть в центре внимания (участие в художественной самодеятельности, спортивных выступлениях); увлечения, обусловленные страстью к накопительству (разные виды коллекционирования); увлечения, основанные на стремлении к телесно-мануальному совершенствованию (культуризм, бодибилдинг); увлечения, основывающиеся на стремлении к лидерству (поиск ситуаций, где можно предводительствовать); интеллектуально-эстетические увлечения (связанные с глубоким интересом к современной или классической музыке, рисованию, радиотехнике, моделированию). Эти увлечения могут быть одной из причин нарушения поведения, так как ради осуществления своей «страсти» забрасывается учеба, заводятся сомнительные знакомства, производятся противозаконные операции по обмену, продаже и т. д. Постоянная со-

средоточенность на хобби, аффективная заряженность в процессе осуществления своего увлечения позволяют рассматривать эти реакции в ряде случаев как сверхценные образования (осуществление сверхценных идей). Болезненный характер этих увлечений подтверждается также нелепостью цели, которую ставит перед собой подросток (составить коллекцию экскрементов животных, лапок насекомых, осколков посуды), непродуктивностью увлечения (отсутствуют завершенные итоги того, на что могут быть потрачены годы), пренебрежением к своим обязанностям члена семьи, ученика, друга и отсутствием внимания к своему здоровью, внешнему виду, карьере, доброму имени.

Нарушение поведения, обусловленное реакцией на свое физическое состояние

Оценивая свое тело, подросток, сталкиваясь со своей физической необычностью, делает вывод о своей социальной неполноценности. Может возникнуть желание компенсировать свои недостатки в другой сфере либо попытаться их исправить. Быстрый рост во время полового созревания приводит к непропорциональному удлинению конечностей, запаздыванию формирования нервно-мышечного аппарата, что нарушает координацию, проявляется в неуклюжести. Намеки или упреки окружающих по поводу своеобразной внешности или неловкости вызывают бурные аффекты, искажают поведение. Отстающие в развитии, худые и низкорослые мальчики (ретарданты) окружающим представляются незрелыми и неприспособленными. Они испытывают потребность в опеке, проявляют мятежность. Чтобы изменить неблагоприятное впечатление о себе, они вынуждены постоянно проявлять изобретательность, предприимчивость, «храбрость», находиться на виду и своими «достижениями» доказывать свою полезность и даже незаменимость в группе, к которой принадлежат. Такая активность приводит к трудностям общения и эмоциональному напряжению, которые создают условия для нарушенного поведения. Рано созревающие подростки имеют мало времени для того, чтобы приспособиться к новому физическому облику, возникающему в связи с этим психическому состоянию и положению среди сверстников и в семье. Реакции на особенности тела различны у мальчиков и девочек (Личко А. Е., 1983).

Нарушения поведения, обусловленные формирующимся сексуальным влечением

Темп, время, осложненность полового созревания оказывают влияние на поведение. При преждевременном половом развитии в одних случаях возникают аффективные расстройства, в других — психопатоподобные нарушения поведения типа дисгармонического инфантилизма, нарушений поведения (претенциозность, вспыльчивость, агрессивность), расстройства влечений, особенно сексуального. При задержанном половом развитии появляются медлительность, несобранность, неуверенность, неуклюжесть, вялость, импульсивность и трудности приспособления к новой ситуации. Подростки становятся несобранными, неуверенными в себе.

У старших детей и подростков наблюдаются необычная жестокость (садизм), подглядывания за обнаженными людьми, переодевание в одежду другого пола, самообнажение, совместный онанизм, принуждение к обнажению других подростков и детей, извращенный интерес к мочеиспусканию и дефекации, совращение младших детей. У подростков также наблюдаются сексуальные фантазии с мастурбацией, рассуждения на эротические темы, эксгибиционистские игры (с раздеванием друг друга), ранние гетеросексуальные контакты, гомосексуальные орально-генитальные и анально-генитальные контакты, беспорядочные половые связи. Сексуальные влечения могут стать причиной агрессии.

Девиации сексуального поведения

У подростков недостаточно осознанное и повышенное половое влечение. Еще не завершена половая идентификация, поэтому легко возникают отклонения в сексуальном поведении. Особенно им подвержены подростки с ускоренным и замедленным созреванием. У первых сильное половое влечение возникает задолго до социальной зрелости, у вторых — появляется желание самоутвердиться, обгоняя сверстников в сексуальной активности. Кроме того, отстающие в развитии могут стать объектом совращения своими старшими товарищами. Сексуальные девиации у подростков зависят от ситуации и являются преходящими. Среди них могут быть визионизм (подглядывание за обнаженными), эксгибиционизм (демонстрация своей наготы), манипуляции с половыми органами младших детей или животных. По мере взросления и при переходе к нормальной половой жизни девиации исчезают полностью. При неблагоприятных случаях они становятся дурной привычкой и сохраняются наряду с нормальным сексуальным поведением или возобновляются при отсутствии нормальной половой жизни, совращающем влиянии. Если мастурбация появляется до полового созревания, достигает большой частоты, сопровождается невротической симптоматикой или депрессивными переживаниями из-за своего поведения, ее следует рассматривать как девиацию. Петтинг, т. е. взаимные ласки без совершения полового акта для достижения оргазма, применяется подростками с целью избежать дефлорации и беременности. Девиантным его можно считать, если практикуется до возраста полового созревания. Возникновение половых отношений до полного физического созревания может рассматриваться как девиация. Подростковый промискуитет (неоднократная смена партнеров и частые половые сношения) — сексуальная девиация. Она нередко сочетается с алкоголизацией, которая у одних растормаживает влечения, а у других приводит к пассивному подчинению. Преходящий подростковый гомосексуализм обычно обуславливается ситуацией. Часто он проявляется в закрытых учебных заведениях, где сосредотачиваются подростки одного пола. У младших подростков эта девиация может обуславливаться развращением, подражанием и принуждением. Эта девиация чаще обнаруживается у подростков мужского пола, чем у девушек. Возможность возникновения преходящего гомосексуализма объясняется недостаточной зрелостью полового влечения. В отличие от истинного гомосексуализма — всегда привлекателен объект противоположного пола.

Нарушение поведения, обусловленное психологическими особенностями детей и подростков

У младших подростков отмечаются диспропорции в уровне и темпах развития личности. Появляющееся чувство взрослости приводит к завышенному уровню притязаний. Эмоциональность становится неустойчивой, отличается резкими колебаниями настроения, быстрыми переходами от экзальтации к сниженному настроению. При столкновении подростка с непониманием его стремлений к самостоятельности, а также в ответ на критику физических способностей или внешних данных возникают вспышки аффекта. Наиболее неустойчивое настроение отмечается в 11—13 лет у мальчиков и в 13—15 лет у девочек. На этот же возраст приходится наиболее выраженное упрямство. У старших подростков завершается физическое созревание, эмоциональная неустойчивость становится менее выраженной. Их волнует право на самостоятельность, они ищут свое место в жизни. Происходит дифференциация способностей, интересов, вырабатывается мировоззрение, определяется психосексуальная ориентация. Однако целеустремленность и настойчивость в этом возрасте все еще уживаются с импульсивностью и неустойчивостью. Чрезмерная самоуверенность и категоричность сочетаются

с чувствительностью и неуверенностью в своих силах. Стремление к широким контактам уживается с желанием быть в одиночестве, бесцеремонность — со стеснительностью, романтизм — с прагматизмом и цинизмом, потребность в нежности — с садизмом. Развитие личности подростка происходит под влиянием культуры и общества, воспитывающего его, связано с социально-экономическим положением и полом. Половое созревание у современных подростков завершается раньше наступления социальной зрелости. Имеющаяся свобода выбора жизненного пути удлиняет время приспособления. При этом социальное созревание происходит неравномерно и зависит от завершения образования, материальной независимости или наступления совершеннолетия. Подросток в некоторых сферах жизни может оказаться неприспособленным и тяжело переживать свою несостоятельность. Например, располагая авторитетом в группе спортсменов, подросток может оказаться совершенно незрелым во взаимоотношениях с лицами противоположного пола. В течение жизни подростка происходит расширение диапазона социальных ролей: ученика, участника самодеятельности, члена спортивной команды и т. д. Однако их освоение происходит с трудом, что может привести к большому эмоциональному напряжению и нарушению поведения. Меняется субъективная значимость и соотношение разных ролей и отношений.

Делинквентное поведение

Под этим понятием подразумеваются проступки, мелкие провинности, не достигающие степени криминала, наказуемого в судебном порядке. Оно проявляется в форме прогулов, общения с антисоциальными компаниями, хулиганства, издевательства над маленькими и слабыми, отнимании денег, угона велосипедов и мотоциклов с целью прокатиться, мошенничестве, спекуляции, домашних кражах. Все эти действия не подлежат наказанию по уголовному кодексу. Причины социальные — недостатки воспитания. Неполная семья отмечается у 30—80 % делинквентных детей, у 70 % детей — нарушения формирования характера, у 66 % — акцентуации характера. Среди детей, госпитализированных в психиатрическую больницу с непсихотическими расстройствами, 40 % — с делинквентным поведением. У подростков с расстройством личности (психопатиями) делинквентное поведение наблюдается в 49 %, случаях у подростков с акцентуациями — в 29 %. Из акцентированных и психопатических личностей делинквентности более подвержен неустойчивый тип (76 %), менее подвержен эпилептоидный (61 %), еще менее истероидный (52 %), затем шизоидный (44 %) и, наконец, гипертимный и лабильный типы (по 36 %).

Побеги из дома и бродяжничество

В трети случаев они сочетаются с делинквентностью. Среди госпитализированных подростков — 25 % с побегами. Первые побеги происходят в страхе наказания или в качестве реакции оппозиции, а затем они превращаются в условно-рефлекторный стереотип. H. Stutte (1960) выделил следующие типы побегов: 1) как следствие недостаточного надзора; 2) в целях развлечения и удовольствия; 3) как реакция протеста на чрезмерные требования; 4) как следствие недостаточного внимания со стороны близких; 5) как реакция тревоги из страха наказания у робких и забитых; 6) специфический пубертатный побег вследствие фантазерства и мечтательности.

А. У. Нураева (1973) описывает *эмансипационные побеги* (45 %), которые совершаются, чтобы избавиться от опеки и контроля родителей или воспитателей, от наскучивших обязанностей и понуждений и чтобы отдаться свободной, веселой и легкой жизни. Чаще их совершают подростки с гипертимными или неустойчивыми

типами психопатий или акцентуаций. *Импунитивные побеги* (26 %) — следствие жестокого обращения, расправ со стороны родных или товарищей. Побегу способствует положение «изгоя» или «золушки» в семье, преследования со стороны сверстников. Подросток старается забыться, отвлечься от тяжелой ситуации. Чаще они наблюдаются у шизоидных личностей, представителей лабильного и сенситивного типов и реже у гипертимных личностей. *Демонстративные побеги* (20 %) возникают как следствие реакции оппозиции, желания привлечь внимание, особое расположение к себе или вернуть его в связи с тем, что оно утрачено, например из-за сиблинга (брата или сестры). Совершают эти побеги истероидные, реже лабильные и эпилептоидные психопаты. *Дромоманическим побегам* (9 %) предшествует внезапно изменившееся настроение (скука, тоска), возникает немотивированная тяга к перемене обстановки, стремление в дальние места. Во время побега внезапно появляется желание вернуться домой. Эти побеги могут сочетаться с дисфориями, расстройствами влечений (сексуальностью, пьянством, садомазохистскими действиями). Они встречаются при эпилептоидном типе органических и конституциональных психопатий.

Тест

1. Гиперкинетическое расстройство поведения — это:

а) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;

б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;

в) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

2. Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи, — это:

а) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;

б) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;

в) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом.

3. Несоциализированное расстройство поведения — это:

а) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом;

б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;

в) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

4. Социализированное расстройство поведения — это:

а) агрессивное или антисоциальное поведение, ограничивающееся почти целиком домом;

б) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение;

в) нарушение поведения и наличие адекватных взаимоотношений со сверстниками.

5. Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения — это:

а) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;

б) нарушение поведения при отсутствии эффективной интеграции в группе сверстников;

в) постоянно негативистическое, враждебное, вызывающее поведение.

6. Депрессивное расстройство поведения — это:
а) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;
б) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;
в) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.

7. Тревожное расстройство в связи с разлукой — это:
а) страх и/или избегание незнакомых людей;
б) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях;
в) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой.

8. Фобическое тревожное расстройство — это:
а) страх и/или избегание незнакомых людей;
б) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;
в) страхи, сфокусированные на определенных предметах или ситуациях.

9. Социальное тревожное расстройство — это:
а) отказ от речи в определенных ситуациях или с определенными лицами;
б) потеря интересов и удовольствия от игровой активности и нарушение поведения;
в) страх и/или избегание незнакомых людей.

10. Элективный мутизм — это:
а) страх и/или избегание незнакомых людей;
б) слабо регулируемая и чрезмерная активность, импульсивность, необдуманное нарушение правил и «дефицит внимания»;
в) отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами.

11. Реактивное расстройство привязанности — это:
а) отказ от разговора в определенных ситуациях или с определенными лицами;
б) тревога, связанная с опасением расставания с эмоционально значимой фигурой;
в) противоречивые или амбивалентные социальные реакции во время расставания с воспитателями или родителями.

Литература

Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск : ТГУ, 1994.
Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. — М. : Крон-Пресс, 1996.
Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста. — СПб. : ЛОИУУ, 1993.
Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей. — М. : Школа-Пресс, 1999.
Исаев Д. Н., Каган В. Е. Психогигиена пола у детей. — Л. : Медицина, 1986.
Клиническая психиатрия / под ред. Г. Каплана, Б. Сэдока. — М. : ГЭОТАР Медицина, 1998.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. — Л. : Медицина, 1985.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л. : Медицина, 1991.
Раттер М. Помощь трудным детям. — М. : Прогресс, 1987.
Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. — М. : Мир, 1994.
Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. — Уэмс : Колег Элидир, 1992.

Глава 17. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (КРИЗИС ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА)

ПУБЕРТАТНЫЙ ВОЗРАСТ (ВОЗРАСТ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ)

Этот период жизни — переход от детства к взрослости. В это время завершается формирование репродуктивных функций, происходит становление психологии взрослого мужчины и женщины, приобретается определенный социальный статус. Продолжается пубертатный период 8—10 лет, начинаясь в 9—10-летнем возрасте и завершаясь к 17—18 годам. Основная часть полового созревания происходит в течение 3—4 лет.

Биологические факторы

Половое созревание инициируется изменением чувствительности гипоталамуса к половым гормонам. Возможно, что это связано с уменьшением тормозящего влияния эпифиза на гипоталамус. Последний активизирует гипофиз, который, продуцируя гонадотропные и другие гормоны, стимулирует обменные процессы (увеличивая рост и массу тела), а также деятельность половых желез и надпочечников. Эти эндокринные органы производят половые гормоны, которые формируют вторичные половые признаки. У мальчиков увеличивается половой член (пенис) и мошонка, появляется оволоснение на лобке, подмышках, теле, лице, ломается голос, развиваются мышцы и, наконец, происходят эякуляции (в 13—14 лет). У девочек происходит увеличение сосков, набухание молочных желез, появление волос на лобке, подмышках, формируются половые органы взрослой женщины и появляются менструации (в 12—14 лет). Физическое созревание в этом возрасте происходит неравномерно. Рост костного скелета может намного опередить развитие сердечно-сосудистой системы и тем самым вызвать слабость, утомляемость и неприятные субъективные ощущения в области груди. В 11—14 лет девочки по физическому развитию опережают мальчиков на 2—3 года, но уже к 15 годам мальчики опережают девочек.

Переживание физического развития

В этом возрасте происходит вторая телесная аутоидентификация, связанная с бурной перестройкой тела и ее маскулинными или фемининными чертами. Осознаваемые подростками соматические изменения занимают большое место в их душевном мире и могут создавать специфические для возраста переживания тревоги за свою внешность и непривычное тело. Чем более бурно протекает пубертат, тем острее недовольство ростом, развитием и утратой прежнего образа. Появляются сомнения в правильности развития, боязнь быть смешными и в связи с этим наблюдения за реакциями окружающих на их внешность. Они ищут подтверждений своей нормальности и взрослости. Особенное значение для подростков имеют рост, полнота, вторичные половые признаки, отставание первых месячных или размеры пениса. Для успокоения прибегают к взаимным обмерам тревожащих частей тела. Воспринимаемые особенности тела влияют на переживание своего воображаемого или реального физического превосходства или дефектности, социальной важности или неполноценности. Образ телесного «Я», который

создается у подростка, — отражение собственных качеств и способностей в восприятии и оценке окружающих. Если этот образ подростку кажется «уродливым», возникают так называемые «синдром Квазимодо», или «комплекс гадкого утенка». Мальчики чаще переживают свое «недоразвитие». Девочки в противоположность этому чаще страдают от опережения физического развития в сравнении со сверстницами и сверстниками. В процессе формирования сознания подростком особенностей строения тела возникает либо пассивное отношение к своим физическим слабостям, либо делаются попытки компенсации в другой сфере, либо появляется стремление исправить недостаток. Темпы полового созревания могут быть очень разными. При опережении на 4 года (начало в 8 лет) констатируется ускоренное, а при отставании на 2 года (начало в 15 лет) задержанное половое развитие. Акселерированные подростки в силу своих физических особенностей могут не бороться за свой социальный статус. Они воспринимаются как более зрелые, умные, сильные, поэтому их эмоциональное состояние может быть относительно более уравновешенным. Подростки, отстающие в своем телесном развитии (ретарданты), — инфантильны, демонстративны либо замкнуты. Их поведение более гибкое, для получения удовлетворяющего их социального статуса вынуждены привлекать к себе внимание показной храбростью, выдумками, авантюризмом или искать опекающей защиты более сильных. Такая активность чревата эмоциональным напряжением, разочарованиями и невротическими срывами, хотя для психологической перестройки у них значительно больше времени. Рано созревающие подростки имеют меньше времени для приспособления к своеобразию своего тела (в том числе и к вторичным половым признакам) и возникающему к ним новому отношению окружающих. Это нередко приводит к переживаниям своего воображаемого «уродства» или реальных, но временных диспропорций. Медленное изменение роста и массы тела позволяет подростку лучше приспособиться к ним, не заботясь о своих формах и внешнем виде. Даже нормально развивающиеся мальчики на фоне акселерантов могут воспринимать себя отстающими.

Психологические особенности

Темп психического развития во время полового созревания то ускоряется, то замедляется. В то же время формирование одних психических процессов опережает другие, т. е. созревание личности происходит диспропорционально. Появляющееся чувство взрослости резко увеличивает уровень притязаний, предвосхищающий будущее социальное положение, которого он еще не достиг. Умственное развитие достигает уровня гипотетико-дедуктивного мышления. Однако особенности межполушарного взаимодействия складываются к концу пубертата. А созревание лобных долей, определяющее планирование поведения, — еще позже. Аффективная сфера характеризуется склонностью к эмоциональной возбудимости, повышенной реактивностью, легкими переходами от экзальтации к депрессии. Типичны негативистические реакции. Общение для подростка составляет непростую задачу. Волнуют специфические возрастные вопросы: право на автономию, определение своего места в мире, выработка жизненной позиции, определение психосексуальной ориентации. Происходит социализация, успешность которой зависит от завершения образования, приобретения профессии, начала трудовой деятельности, материальной независимости и т. д. Расширяется диапазон социальных ролей, требующий перестройки ролевой структуры личности. Меняется субъективная значимость и соотношение разных ролей и отношений. При отсутствии равных социальных норм и требований к взрослым и детям подростковый период протекает трудно и приводит к конфликтам. Примером могут быть семейные отношения: чем они менее сплоченные, чем противоречивее требования к разным поколениям, тем больше трудностей у подростков.

Половое самосознание

Самосознание у девочек формируется быстрее, чем у мальчиков. Они раньше взрослеют. У них раньше возникает сложная рефлексия, чувство одиночества, у них сильнее потребность во взаимопонимании и психологической близости. Они чаще пишут дневники, у них сильнее интерес к внутреннему миру литературных героев. Девочки в сравнении с мальчиками ориентируются на словесное общение больше, чем на совместную активность. Они считают себя менее общительными, но более искренними, справедливыми и верными (мальчики при оценке девочек отмечают меньшую смелость, общительность и жизнерадостность, но большую доброту, умение понять другого). Девочки охотнее отдают предпочтение мужскому статусу, чем мальчики женскому, свободнее в общении с мальчиками, чем мальчики с ними; у мальчиков больше потребность в достижениях и ориентации на будущее (Голод С. И., 1972). У девочек реальное и идеальное «Я» с возрастом объединяются. У мальчиков увеличивается рассогласованность идеального и реального «Я». Половое отнесение для подростков достаточно актуально, половые роли мужчин и женщин, сверстников и сверстниц воспринимаются дифференцированно (Каган В. Е. [и др.], 1988). Подростки не могут показать знаний о маскулинности и фемининности, подменяют понятия, отказываются охарактеризовать их, тем самым уходят от напряженно воспринимаемой темы и обнаруживают серьезный дефект бесполой педагогики, где упускается сфера взаимоотношения полов. Обязанности женщины рисуются как жертвы, требующие признания. Отношение к мужчине у девочек осуждающее. Мальчики представляют, что женщина ответственна за жизнь семьи, мужчина же ее необязательный помощник. Позиции мальчиков и девочек согласованны и образуют направление будущих отношений, чреватых конфликтом инфантильно-эгоистических требований друг к другу. Представления девочек о мужественности диссоциированы: романтический образ мужчины противостоит реальным требованиям к нему и его облику. У мальчиков портрет маскулинности более одноплановый и реалистичный. Фемининность девочки оценивали по эмпатийным и эмоционально-действенным качествам, а мальчики — по эмоциональной стабильности и отсутствию напряженности. Ни мальчики, ни девочки не выделили качеств женщины, выражающих ее отношение к мужчине (Юферева Т. И., 1980). У женщин, по мнению девочек, главное качество — женская гордость, а у мужчин — уважение к женщине. Выявленные тенденции отражают существующие противоречия демократизации половых ролей, прогнозируют будущие трудности сегодняшних подростков.

Сексуальное поведение

Возраст полового созревания — начало развернутых проявлений либидо. Сексуальные проявления определяются и биологическими, и социально-культурными факторами. Только одним уровнем половых гормонов (андрогенов) сексуальное поведение не объяснить. Гормоны можно рассматривать лишь как энергетический материал. Окружающая среда придает направление и определяет стиль сексуальной активности. Сексуальная активность подростков может опережать психосексуальное развитие и сексуальную потребность.

Подростковая сексуальность характеризуется несколькими особенностями:

1. Сексуальность изолирована от других составляющих любви.
2. Переживание сексуального влечения сильнее самого влечения. Ограничены возможности реализации влечения, и богатые эротические переживания создают напряжение, иногда с крайними формами сексуального поведения.
3. Сексуальное поведение подростка — это сексуальное экспериментирование, состоящее из аутоэротической, гомосоциальной и гетеросоциальной направ-

ленностей. Пубертатная *мастурбация* смягчает или снимает физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения (Г. С. Васильченко). Мастурбация одновременно является экспериментом с собственным телом. Она отмечается у 96 % мужчин и 62 % женщин (Kinsey A., 1948; 1953). Средняя частота мастурбаторных актов у мальчиков 14—18 лет — 3 раза в неделю. Она чаще отмечается у здоровых в будущем мужчин и более редка у тех, у кого возникнут сексуальные расстройства. Среди женщин, не способных пережить оргазм, в 3 раза больше не мастурбировавших в подростковом возрасте. Число мастурбирующих девушек к 13,5 года — 22 %, к 15,5 года — 37,4 %, к 17,5 года — 50,2 % и к 18,5 года — 65,8 % (Данилов В. В., 1982). Техника мастурбации у девушек к 17,5 года весьма разнообразна: 70 % — стимуляция гениталий руками, 32 % — предметами, имитирующими половой член, 26 % — струей воды, 33,3 % — раздражением эрогенных зон (в основном груди), 40 % — стимуляция воображаемыми эротическими сценами и объектами. Отмечаемая подавляющим большинством специалистов безвредность подростковой мастурбации не означает ее психологической бесконфликтности. У подростков недовольство собой, связанное с мастурбацией, может вызывать серьезные переживания. Влечение к самостимуляции сталкивается с чувством вины. Цель — получить удовлетворение от мастурбации — скрывается от себя, воли для преодоления привычки недостаточно. Результатом поражения в борьбе с собой становится снижение самоуважения, сомнения в своей полноценности, опасения за будущее и душевный дискомфорт. Эти переживания могут стать основой для невротического комплекса, навязчивых действий и чрезмерной мастурбации. Как правило, душевные конфликты возникают у застенчивых, нелюдимых, застревающих на своих сомнениях мальчиков-подростков. Девочки чаще всего не расценивают свою сексуальную стимуляцию как мастурбацию, полагая, что она бывает только у мальчиков, и потому они редко бывают недовольны своим поведением. Сексуальные эксперименты подростков могут привести к половым контактам с животными *(содомия)*. Такой опыт признают 22,4 % мужчин и 5 % женщин. Максимум такой активности падает на возраст 12—15 лет. *Пубертатный петтинг* — взаимные сексуальные ласки, приводящие к сексуальному возбуждению и включающие в себя любые действия, кроме интромиссии. Петтинг может быть поверхностным (объятия, поцелуи и ласки выше талии, через одежду) или глубоким (ласки обнаженного тела ниже пояса до орально-генитальных контактов). В эти ласки может входить взаимная мастурбация. Петтинг может быть гомосексуальным или гетеросексуальным, завершенным (до оргазма) или незавершенным. Эта сексуальная активность замещает половой акт. К 15,5 года легкий петтинг имели 60 % девушек. 92 % девушек 17,5 года пережили легкий петтинг, в 25 % случаев — завершенный. Число партнеров колебалось от 1 до 4. (В. В. Данилов). В 11—12 лет легкий петтинг испытали 1—2 %, в 17 лет — до 70 %, глубокий начали практиковать с 13 лет (девочки) и с 11 лет (мальчики) и к 17 годам его испытали 50—55 % (Schoffield M., 1968). Психологическое значение петтинга (более зрелой формы сексуальности, чем мастурбация) в том, что он осуществляет сексуальную разрядку, тренирует понимание не только словесного общения, но и специфического языка сексуального поведения сексуальных партнеров, дающего возможность чувствовать и предвосхищать потребности и реакции партнера. Пубертатный петтинг — школа освоения сексуальных отношений. В процессе его освоения объединяются платонический и чувственный компоненты любви.

Начало половой жизни. Первый сексуальный опыт в 14-летнем возрасте имеется у одного из 8 мальчиков и у одной из 16 девочек, через год таких уже в 2,5

раза больше. К 16 годам половую жизнь начали 50 % юношей и 40 % девушек (Кон И. С. [и др.], 1996). К 17—19 годам уже 66,5 % юношей и 47,2 % девушек имели первые половые контакты. Мотивы начала половой жизни у мальчиков-подростков до 17 лет: любовь у 15—20 % , настояния партнера у 15—19,2 %, экономические соображения у 5 %, любопытство у 55—41,6 %, физическая потребность у 5—16,4 %, сострадание у 5—1,4 %, совращение у 1,4 %. Мотивы у девушек до 17 лет — любовь у 25—42 %, настояния партнера у 25—21 %, экономические соображения у 25—1,6 %, любопытство у 12—13 %, физическая потребность у 1,6 %, сострадание у 3,3 %, совращение у 13,2 %, насилие у 12,5—3,3 % (Тавит А., Кадастик Х., 1980). Более поздние материалы показывают, что 25 % подростков готовы к ранней половой жизни. Только $^1/_3$ девочек считает, что потерять невинность можно лишь в браке. Обычно первые половые контакты происходят дома у юноши или девушек. Большая часть подростков знакомится с партнером в компании друзей или знакомых (28,7 % мальчиков и 38,3 % девочек), на дискотеках и на каникулах (11,4 и 17,4 % соответственно) и только 10 % на улице. 22 % мальчиков и 19,4 % девочек до первого полового акта не знали друг друга вовсе. Половину подростков ничто не связывает с партнером. Только треть девушек и 15 % юношей вступают в половые контакты после года отношений. Треть девушек и 50 % юношей совершили первый половой акт в алкогольном опьянении. В $^1/_3$ случаев инициатива начала интимных отношений исходила от молодого человека, 22 % девушек сопротивлялись, но согласились (возможно, часть из этих случаев скрытое насилие), 7 % — сопротивлялись насилию до конца. К сожалению, об изнасиловании знакомым пострадавшие, как правило, никому не сообщают. В то же время сами подростки, насилующие своих подруг, не осознают своего поведения. 25 % подростков не осуждают тех, кто заставляет «переспать» против воли. Половина подростков не против того, чтобы за сексуальные услуги платили деньги. 56—58 % своему сексуальному поведению уделяют внимания не меньше, чем учебе (Кон И. С. [и др.], 1996). На возраст начала близости влияет сила либидо, установки в обществе (урбанизация, высокий уровень образования, благосостояние либерализуют их). На частоту добрачных связей в конкретных культурных условиях не влияют социальный статус, образование, место жительства, традиции родительской семьи. Большее значение имели дезактуализация двойного стандарта, демократизация установок на сексуальные связи до брака и объединения в одну группу молодежи. Раннему началу половой жизни у подростков 12—17 лет противостоят определенные мотивы: религиозные убеждения (5,4 % у мальчиков и 9,9 % у девочек), непривлекательность (9,3 и 20 % соответственно), опасение беременности (17,4 и 31,5 %), страх венерической болезни и СПИДа (30,7 и 40,9 %), отсутствие подходящего партнера (26,0 и 13,5 %), не было удобного случая (20,4 % и 7,7 %), противоречит моральным убеждениям (6,4 и 13,7 %), нет готовности к этому (13,9 и 26,0 %), нежелание огорчить родителей (7,9 и 15,9 %), нежелание быть использованным для чьего-то удовольствия (8,1 и 25,7 %). У подростков на первую близость возникает реакция нередко далекая от предполагаемой ими. Примерно две трети подростков считают, что поступили правильно; около одной пятой — что неправильно. Неудовлетворенность происшедшим пережили в зависимости от возраста от 10 до 40 % мальчиков и от 40 до 70 % девочек. На основании этих впечатлений трудно прогнозировать дальнейшую судьбу сексуальных отношений. Повторение близости в пределах суток — не чаще чем в 5 % случаев, в течение недели — примерно в одной трети случаев, в пределах месяца — в 50—60 %. При этом оно происходило с партнером первой близости у половины мужчин и у $^2/_3$ женщин. Таким образом, представление о склонности подростков к беспорядочным половым связям с разными партне-

рами (промискуитету) сильно преувеличено. В настоящее время мораль в мире стала менее строгой, поэтому и характер сексуальности подростков не зависит напрямую от степени девиантности подрастающего поколения. Снижение возраста начала половой жизни, происходившее в предшествующие десятилетия, остановилось на уровне около половины «искушенных» к 16 годам.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Кризис периода взросления — перестройка внутреннего переживания, которая коренится в изменении того, что определяет отношение подростка к среде, т. е. в изменении потребностей и побуждений, движущих поведением подростка. В этом критическом периоде на протяжении короткого времени (нескольких месяцев, года) сосредоточены резкие и капитальные сдвиги в личности подростка. Он в короткий срок меняется весь в целом и в основных чертах личности. Суть кризиса состоит в поисках идентификаций (усвоения образцов поведения тех людей, которые значимы для подростка). При этом происходит объединение прошлого опыта, способностей и выборов. Развитие становится стремительным по темпу происходящих изменений в психике и поведении, а по смыслу совершающихся преобразований из-за резких качественных и количественных изменений напоминает революционное течение событий. Особенность кризиса в том, что его границы, отделяющие начало и конец кризиса от предшествующих и последующих возрастов, неотчетливы. В то же время удается отметить обострение кризиса, когда он достигает апогея, обычно в середине кризисного периода. В это время обнаруживается трудновоспитуемость, ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает общая работоспособность. Развитие сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Выраженность этих проявлений различна, вариаций кризиса больше, чем особенностей стабильного периода. Внешние условия определяют характер обнаружения и тип протекания кризиса взросления. В этот период отмечается негативный характер развития. Все прогрессивное приостанавливается, на передний план выходят процессы свертывания и разложения того, что образовалось на предшествующей ступени развития. Подросток, вступающий на путь взросления, теряет интересы, еще вчера направлявшие его деятельность; прежде сложившиеся формы внешних отношений и внутренней жизни как бы запустевают. Ухудшение успеваемости и работоспособности, дисгармоничность во внутреннем строении личности, отмирание прежде установившейся системы интересов, негативный, протестующий характер поведения О. Кро (1928) оценивает как стадию дезориентировки во внутренних и внешних отношениях, когда человеческое «Я» и мир разделены более, чем в иные периоды. При пубертатном кризисе снижение продуктивности умственной работы учащегося вызвано тем, что здесь происходит изменение установки от наглядности к пониманию и дедукции. Переход к высшей форме интеллектуальной деятельности сопровождается временным снижением работоспособности. За негативным симптомом скрывается позитивное содержание, состоящее в переходе к новой и высшей форме (Выготский Л. С., 1984).

Если аутоидентификация у подростка не завершится во время кризиса, то возникнет путаница ролей и трудности в эмоциональных отношениях с людьми, в социальной и профессиональной сферах.

Кризис периода взросления либо недооценивают, либо считают очень опасным. Он может стать причиной различных форм отклоняющегося поведения, личностных нарушений, провокации эндогенных психозов или условием возникновения экзогенных нервно-психических расстройств. Эти расстройства либо за-

вершаются спонтанно, либо требуют специального вмешательства. Осложнение и бурное протекание процесса развития в период взросления наблюдается у 20 % населения (Remschmidt H., 1992). Кризис периода взросления — собирательное понятие, не уточняющее нозологическую принадлежность нарушений и тип течения процесса. Формы кризисов развития разнообразны.

Кризис идентичности

Этот кризис проявляется в чувстве неполноценности, сниженном настроении и суицидальных намерениях. Эти переживания могут сочетаться с деперсонализацией и ипохондрией. Взрослеющий подросток реагирует на то, что он уже не ребенок, на несоответствие биологических возможностей социальному положению, на неуверенность в своих знаниях и умелости в новом статусе, на резкие изменения, происходящие в растущем организме. Подросток мучается вечными вопросами о том, что он собой представляет, зачем существует, как к нему относятся окружающие. Он может сомневаться в собственной самобытности, воспринимать себя как жалкую копию других. Именно в связи с этим возникает неприятие социальных правил, в том числе и семейных. Неуверенность и тревога, возникающие в связи с этими переживаниями, могут привести к страху потери телесного и особенно психического единства с одновременным стремлением преодолеть эту боязнь с помощью ритуалов (рассматривания своей внешности, ощупывания собственного тела). Наряду с неуверенностью собственного существования может быть неопределенность жизненных целей, выбора профессии, круга друзей, сексуальной ориентации и сексуального поведения, религиозной идентификации, нравственных устоев или лояльности к референтной группе. Это расстройство может быть также начальным проявлением шизофрении, аффективных психозов или серьезных личностных изменений.

Кризис авторитетов

Кризис авторитетов проявляется протестом против семьи, отца или в форме побегов. Подросток пытается противостоять власти, порядку, общепринятым нормам или отказывается от противостояния. Попытки избежать реальности могут также проявляться в аддиктивном поведении (наркотизации, алкоголизации) или вступлении в разнообразные секты, молодежные общества и т. д. Этот кризис нередко препятствует процессу созревания личности, приводит к противоправному, преступному или суицидальному поведению.

Кризис в форме деперсонализации

В этих случаях преобладают изменения восприятия своего душевного и телесного «Я», а также других людей и окружения. Субъективно переживания отчуждения воспринимаются как кажущееся изменение действительности или утрата реальности. Деперсонализация связана с трудностями формирования идентичности и выполняет функции механизма психологической защиты. Она наблюдается у 30—70 % молодых людей. Для нее характерны тревога, чувство отчуждения, беспокойство в связи с этим переживанием, субъективное понимание неадекватности эмоциональных реакций. Деперсонализация может проявляться состояниями, при которых окружающее меняется, кажется чуждым, необычным, неясно воспринимаемым. Подростки описывают свои переживания словами: «все видится как будто через пелену, туман, кисею» либо «кажется удаленным, смазанным, тусклым, неживым, серым». Люди и предметы воспринимаются «странными, ненастоящими, подобными куклам, марионеткам». Жизнь им представляется «застывшей, нереальной, лишенной естественных красок и движения». Иногда меня-

ется и восприятие тела, оно кажется «чужим, незнакомым, плохо управляемым, необычно легким или исчезнувшим». При этом движения, поступки наблюдаются как бы со стороны, сочетаясь с непониманием того, как управлять таким телом. Возникают сомнения о принадлежности своего тела: «мое или не мое». Может измениться восприятие психического «Я». В таких случаях подростки говорят о том, что «покинула душа», что «себя воспринимают как во сне». Иногда жалуются на то, что их «вовсе не существует», что «действуют механически», что «стали автоматами». При этом мысли разбегаются, не подчиняются воле, собственный голос лишается ясности, появляется второе «Я», наблюдающее за другим «Я» со стороны. «Теряются чувства», в особенности к близким людям («любят только в мыслях, а не сердцем»). Чем младше подросток, тем менее точно он может дать отчет о переживаниях такого рода. Он сообщает о своей измененности, инакости, утверждает, что он не такой, как все, или был иным прежде, однако не способен объяснить, какой характер эти изменения носят. Наблюдаются также близкие по происхождению симптомы «уже виденного», «уже пережитого» или «никогда не виденного». При этом новая ситуация воспринимается на короткий момент как знакомая, или, наоборот, знакомая обстановка кажется чуждой, никогда не переживавшейся. Описываемые здесь явления могут быть в рамках психического здоровья или нервно-психических расстройств: неврозов, соматогенных психических нарушений, органических повреждений головного мозга, эпилепсии, аффективных психозов и шизофрении.

Дисморфомания (дисморфофобия)

Кризис, проявляющийся переживаниями своего физического недостатка, называется дисморфоманией (болезненные мысли о своем телесном дефекте). В пубертатном возрасте внешний облик и тело ребенка претерпевают большие изменения. Подросток не только замечает их, но и сравнивает свои физические данные с такими же формами тела у других людей. Часто при этом он преувеличивает подлинные или обнаруживает мнимые телесные недостатки. Способствуют появлению дисморфомании удлинившиеся черты лица, его асимметрия, слишком крупные размеры тела (у девочек) или слишком малые (у мальчиков), нарушения осанки, аномалия походки, последствия повреждений кожных покровов и т. д. Характерные признаки этого расстройства: идеи физического недостатка («толстая, как бочка», «ростом с карлика»), идеи отношения («все вокруг шепчутся», «люди на улице отворачиваются»), пониженное настроение, иногда с мыслями о самоубийстве. Для этого расстройства наиболее характерна поглощенность переживаниями, связанными с мнимыми физическими недостатками, или чрезмерное внимание к незначительным, в действительности имеющимся дефектам тела. Дисморфомания широко распространена и варьирует по степени выраженности. Она может достигать степени навязчивой, сверхценной или даже бредовой идеи.

Кризис в форме ипохондрии

Кризис, проявляющийся ипохондрическим расстройством, может возникнуть в процессе пубертатной перестройки организма подростка в связи с теми или иными функциональными отклонениями, которые субъективно воспринимаются как слабость, утомляемость, нарушения дыхания, неприятные ощущения или боли в груди, животе, голове и т. п. Все это приводит к сосредоточению внимания на недомоганиях, к попыткам дать объяснение происходящему в теле. Легко возникают мысли о несуществующих болезнях. При этом степень убежденности в тяжести обнаруженных недугов колеблется от постоянных сомнений в их серьезности до убежденности в их неизлечимости и даже своей близкой кончине. Если

имеются постоянные мысли о существовании соматического заболевания (фактически отсутствующего), обуславливающего предъявляемые симптомы, то эти переживания расценивают как ипохондрический синдром. Если имеется необычная озабоченность предполагаемой болезнью, несмотря на отсутствие адекватных подтверждений жалоб, то и в этом случае приходится говорить об ипохондрии. Нередко при этом имеется постоянно проявляемое недоверие к врачам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей эти симптомы. Ипохондрическая симптоматика может быть не только самостоятельным синдромом, но и входить в состав депрессий, тревожных, соматизированных и бредовых расстройств, при шизофрении и других психозах.

Кризис в форме нарушений пищевого поведения

Наиболее часто встречающаяся его форма — нервная или психическая анорексия (F50.0), проявляющаяся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном желании похудеть, нередко достигающая выраженного истощения (кахексии) с возможным смертельным исходом. Распространенность этого расстройства среди девушек-подростков составляет 1 %. Число болеющих мальчиков в 9—20 раз меньше.

Диагноз ставится при наличии: 1) падения массы тела на 15 % и ниже нормативного уровня или неспособности набрать вес в период роста; 2) избегания пищи, удаления съеденного (провоцированием рвоты, приемом слабительных и мочегонных средств), подавления аппетита и использования чрезмерных физических нагрузок; 3) искаженного представления о своем образе тела и страха перед полнотой; 4) возникновения аменореи или не появления менархе у девушек, потери полового влечения и потенции у подростков-мальчиков; 5) при начале расстройства в препубертатном возрасте: пубертатный метаморфоз задерживается или не происходит вовсе (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы, отмечается первичная аменорея, у мальчиков половые органы остаются детскими).

Реже, чем психическая анорексия, встречается нервная булимия (F50.2), которая может быть самостоятельным расстройством или сочетаться с анорексией. Нервная булимия характеризуется приступами переедания и чрезмерной озабоченностью контролированием массы тела, что приводит к принятию крайних мер для коррекции возможной полноты. Диагноз основывается на наличии: 1) озабоченности едой, непреодолимой тяги к пище и периодического переедания; 2) противодействия ожирению от съедаемой пищи с помощью вызывания рвоты, приема слабительных, подавляющих аппетит и мочегонных средств, а также и периодов голодания; 3) страха ожирения с установлением предела для своей массы тела, намного меньшей, чем преморбидная (доболезненная), оптимальная для больного.

Кризис в форме метафизической интоксикации

Метафизическая (философическая) интоксикация, или болезненное мудрствование, характеризуется однообразной абстрактной непродуктивной интеллектуальной активностью, направленной на самостоятельное решение «вечных проблем» путем постоянного обдумывания их. Философствование на отвлеченные темы занимает очень важное место в жизни подростка. Оно сочетается с бесплодной критикой авторитетов, иногда отчуждением от близких людей, уходом в свой внутренний мир. Постоянные размышления, рассуждения, письменное отражение их в дневниках, записках и посланиях ярко эмоционально окрашены. Ни процесс мудрствования, ни более или менее завершенное обдумывание не под-

даются критике со стороны окружающих. В зависимости от степени выраженности расстройств мышления поведение может либо не нарушаться, либо изменяться значительно. У подростков с психастеничными или шизоидными личностями может возникать транзиторная метафизическая интоксикация, при которой мудрствование, беспредметное философствование, рифмование сопровождаются преходящим нарушением адаптации. Этот синдром соответствует шизотипическому расстройству (F21).

Патологическая метафизическая интоксикация может быть проявлением вялотекущей шизофрении. В этом случае возникающие у больного мысли вычурны, противоречивы, нелепы. Вся интеллектуальная деятельность идет на «холостом ходу». Больной не способен не только раскрыть содержание волнующих его вопросов, но и не может передать прочитанное, услышанное. Он не ищет слушателей, будучи целиком погружен в таинственные проблемы «взаимодействия душ», «контактов с инопланетянами» и т. д. При этом резко нарушаются контакты с окружающими, становится невозможной учеба в школе. Этот синдром трактуется как проявление недифференцированной шизофрении (F20.3).

Кризис в форме суицидального поведения

Мысли о нежелании жить, намерения и действия, предпринимаемые с целью покончить с собой, покушения и завершенные попытки самоубийства, — «пара- и суицидальное поведение». Частота его возникновения у подростков и своеобразие проявлений связаны с рядом особенностей возраста. Смерть хотя и признается подростками универсальным и необратимым явлением, однако воспринимается как нечто абстрактное, не касающееся прямо собственной личности, а опасения за свою жизнь не основываются на ее ценности. Поэтому аутоагрессия подростка, даже не предполагающая смертельного исхода, может быть опасной для его жизни. Трудно в связи с этим провести различие между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поведением. Мотивы, которые приводят суициденты для объяснения своего суицидального поведения, незначительны и мимолетны (с точки зрения взрослых), что создает сложности для своевременного его распознавания. Возникновение суицидальных попыток определяется не столько особенностями психопатологии (например, наличием депрессии), сколько обстоятельствами жизни. Обычно суициды и попытки их совершить взаимосвязаны с другим отклоняющимся поведением: побегами, правонарушениями, алкоголизацией, конфликтами с родителями, сексуальными эксцессами и т. д. Обуславливают и провоцируют попытки самоубийства психические заболевания, конфликты самооценки, одиночество, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью, неудачи во взаимоотношениях с представителями противоположного пола, действительная или мнимая утрата родительской любви, переживания, связанные со смертью или разводом родителей, желание вызвать сочувствие, подражание сверстникам или любимым героям. Суицидальные попытки у подростков чаще импульсивные, связанные с ситуацией. Однако они могут быть завершением длительной кризисной или конфликтной ситуации, которую можно было бы предусмотреть. Знание подростков, склонных к самоубийству, создает возможность для предупреждения суицида. К подросткам повышенного риска относятся больные с депрессией, тревогой, мрачным настроением (дисфорией), бредом. К ним также относятся: неустойчивые, психастенические, истерические психопатические личности; больные с психогенными заболеваниями; подростки, употребляющие спиртные напитки; подростки, переживающие экстремальные стрессовые ситуации; подростки из конфликтных семей, имеющие психически больных родственников, особенно с суицидами в анамнезе.

Подростки, страдающие хроническими, уродующими и затрудняющими социально-психологическую адаптацию соматическими заболеваниями сопровождающимися депрессией, также имеют больший риск совершить суицид.

Для выявления состояний, предшествующих попытке самоубийства, следует знать их особенности. К этим состояниям относятся: ограничение личностных интересов; ослабление переживания субъективной ценности мира, выражающееся в чувстве одиночества, непонимания другими, отказе от ранее признаваемых ценностей и предпочитаемых видов деятельности; направление агрессии против собственной личности; желание умереть и фантазирование на темы самоубийства; формирование представлений о способах самоубийства, появление угрюмо-мрачного настроения, психосоматических расстройств (бессонницы, анорексии, утомляемости, вегетативных нарушений).

Кризис в форме асоциального поведения

В пубертатном возрасте подросток, стремясь к самостоятельности, пытается освободиться от семейных уз. Его эмансипация приводит к группированию с другими, а их совместные увлечения азартными играми, культом силы, демонстрацией своей «необычности» и т. д. нередко сопровождаются нарушением социальных норм, т. е. асоциальным поведением. Часть из них проявляет склонность к противоправным поступкам — делинквентности. Отсутствие надзора за поведением подростка, семейная и педагогическая запущенность способствуют как асоциальным, так и делинквентным поступкам подростка. Асоциальное поведение — это, в одних случаях, воровство из дома, разрушение вещей или порча имущества членов семьи, жестокость по отношению к родственникам; в других — антисоциальное или агрессивное поведение, которое отмечается у подростка, изолированного, отвергаемого или непопулярного среди сверстников. Оно проявляется негативизмом, непослушанием, конфликтностью, агрессивностью, разрушением имущества, жестокостью, нарушением норм сексуальных отношений. В третьих случаях подростки группой совершают антисоциальные поступки — кражи, нанесения ущерба чужому имуществу, хулиганство, акты вандализма, нанесения телесных повреждений, сексуальные насилия и т. д.

Течение и прогноз кризисов подросткового возраста зависит от того, какие механизмы легли в основу нервно-психических и психосоматических нарушений, а также от того, как имеющаяся симптоматика помешала адаптации подростка. В 30—40 % случаев кризисы завершаются нормализацией психики и поведения. В других случаях кризис сменяется неврозом, психосоматическим расстройством, личностными нарушениями, алкоголизацией, наркотизацией или психозом (шизофренией). В этих последних случаях трудно говорить о том, что первоначально был поставлен правильный диагноз — кризис взросления. Вероятно, были пропущены начальные симптомы упомянутых расстройств.

Лечение кризиса взросления

В связи с большим разнообразием проявлений кризисов взросления при проведении терапии требуется индивидуальный подход. Лечение следует ориентировать на преобладающие расстройства. Наиболее адекватное вмешательство — индивидуальная и групповая (семейная) психотерапия. Ее эффективность будет зависеть от оценки особенностей семейных отношений предшествующей жизни, актуальной ситуации, своеобразия личности, переживаний телесных изменений в процессе взросления, а также и от психопатологии. По данным катамнеза у трети больных с патологически протекающим пубертатным кризом формируются стойкие нарушения характера.

Тест

1. Кризис периода взросления — это:
а) перестройка внутреннего переживания, выражающаяся в изменении отношения к социальному окружению;
б) анатомо-физиологические изменения в организме подростка;
в) психические болезни, возникающие у подростка.

2. Кризис идентичности — это:
а) неуверенность и тревога в связи с переживаниями своей измененности и несоответствия требованиям и идеалу из-за взросления;
б) бредовые идеи малоценности;
в) неверие в собственные силы и возможности.

3. Кризис авторитетов — это:
а) протест против родителей, порядков и норм в форме побегов, девиантного поведения и т. д.;
б) стремление к самостоятельности;
в) отказ от обучения в школе.

4. Кризис в форме деперсонализации — это:
а) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом;
б) депрессивный синдром;
в) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим.

5. Дисморфомания — это:
а) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим;
б) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем;
в) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом.

6. Кризис в форме ипохондрии — это:
а) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем;
б) чрезмерное переживание своего физического недостатка, якобы неприятного окружающим;
в) изменение восприятия своего душевного и телесного «Я» в связи с пубертатным возрастом.

7. Кризис в форме нарушений пищевого поведения — это:
а) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания или излишнее поглощение пищевых продуктов, приводящее к ожирению;
б) астенический синдром;
в) преувеличенная озабоченность собственным здоровьем.

8. Кризис в форме метафизической интоксикации — это:
а) болезненное мудрствование, непродуктивная сосредоточенность на обдумывании вечных проблем;
б) болезненные идеи величия;
в) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания.

9. Кризис в форме суицидального поведения — это:
а) идеи самоуничижения;

б) мысли, намерения и действия, направленные на лишение себя жизни;
в) сознательный отказ от приема пищи с целью похудания.

10. Кризис в форме асоциального поведения — это:
а) гебефренический синдром;
б) нарушение социальных норм, делинквентность как проявление эмансипации и группирования;
в) любые формы отклоняющегося поведения в детском возрасте.

Литература

Бойко В. В. Трудные характеры подростков. — СПб. : Сударыня, 1998.
Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2004.
Дольто Ф. На стороне подростка. — СПб. : Петербург — XXI век, 1997.
Кле М. Психология подростка. — М. : Педагогика, 1991.
Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М. : Генезис, 2001
Кон И. С. Психология старшеклассника. — М. : Просвещение, 1980.
Крайг Г. Психология развития. — СПб. : Питер, 2000.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Макфарлейн А., Макферсон А. Дневник подростка. — М. : Медицина, 1992.
Подросток на перекрестке эпох / под ред. С. В. Кривцовой. — М. : Генезис, 1997.
Психология подростка / под ред. А. А. Реан. — СПб. : Прайм-Еврознак, 2003.
Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. — М. : Мир, 2000.
Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. — СПб. : Питер, 2000.
Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. — М. : Мир, 1994.
Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.

Глава 18. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ (МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ) (F30—F39)

Это заболевание характеризуется сменой аффективных фаз: маниакальной, депрессивной, сдвоенной или смешанной в промежутках, между которыми отсутствуют какие-либо болезненные явления. В соответствии с Международной классификацией 10-го пересмотра это расстройство — нарушение аффекта как в сторону угнетения, так и в сторону подъема. Эти расстройства настроения сопровождаются изменением общего уровня активности. В большинстве случаев имеется тенденция к повторяемости, а начало эпизодов нарушенного настроения часто связано с трудными жизненными ситуациями.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

У детей младше 3 лет расстройства настроения не обнаруживаются. Единичные типичные случаи встречаются в 7—10 лет. У подростков они тоже наблюдаются относительно редко (2,4 %), однако из-за атипичной симптоматики не все случаи распознаются. Среди всех заболевших аффективным психозом только у 8,2 % он диагностируется до 19 лет. Нередко такие расстройства впервые возникают во время возрастного криза у подростков и чаще всего проявляются в неразвернутой форме циклотимий, а также в форме поведенческих и соматических эквивалентов. Начиная с подросткового возраста девочки заболевают чаще мальчиков.

ЭТИОЛОГИЯ

Причина аффективного психоза до сих пор остается недостаточно ясной. У многих больных очевидна роль наследственной отягощенности. В качестве предрасположения могут быть особенности преморбидной личности. Биохимические гипотезы объясняют происхождение психоза снижением активности адреналина при депрессиях и ее повышением при маниях, что связывают с изменением чувствительности синаптических рецепторов. К провоцирующим факторам, особенно в подростковом возрасте, относят выраженные сдвиги в эндокринной системе, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания мозга и психогенные факторы

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Приступы (фазы) нарушенного настроения могут быть единичными в течение всей жизни или повторяться неоднократно. Одни больные страдают только депрессиями или только маниями, что называется *униполярным расстройством настроения*. У других больных встречаются как депрессии, так и мании *(биполярное расстройство настроения)*. Иногда вместо расстройств настроения на передний план выступают соматические симптомы: головные боли, астенические проявления, неприятные или болезненные ощущения в груди и т. д. Такие состояния называются *маскированными депрессиями или маниями.*

Маниакальная (гипоманиакальная) фаза (F31.0–F31.2)

Ее типичные проявления складываются из повышенного настроения, двигательного оживления, многоречивости, переоценки собственной личности. У подростков и детей чаще преобладают шалости, чрезмерная двигательная активность, неуемное стремление к общению, подвижным играм со сверстниками, неуместной и шумной возне. Нередко моторное возбуждение сопровождается назойливостью, бесцеремонностью, циничностью, задиристостью, а иногда раздражительностью и даже злобностью, гневливостью и агрессивностью. Практически всегда имеющееся ускорение течения мыслей находит свой выход в непрекращающихся комментариях о происходящем вокруг, бесконечных вопросах, советах, указаниях окружающим, а также в пении и декламировании стихов. Отсутствует сознание болезни, нет чувства усталости, утомления. Продолжительность сна коротка (не более 2–4 ч). Усиление влечений проявляется прожорливостью, которое сопровождается похуданием. Больные также сексуально расторможены, что проявляется интенсивным онанизмом. Возможны стремления к гетеросексуальным и гомосексуальным контактам, а также попытки к сексуальной агрессии. Продолжительность маниакальной (гипоманиакальной) фазы составляет у детей и подростков несколько недель.

Таким образом, особенности гипоманиакальных фаз у подростков заключаются в том, что уменьшается яркость повышенного настроения и соматовегетативных нарушений, нарастает двигательная активность, усиливаются влечения, появляется дисфория. У них преобладают поведенческие эквиваленты, выражающиеся в школьных прогулах, побегах, заносчивости и драчливости, а также алкоголизации и сексуальности.

Депрессивная фаза (F31.3–F31.5)

Классическая форма депрессии характеризуется триадой признаков: сниженным настроением, падением двигательной активности и замедлением мышления. У подростков и детей чаще вместо тоски временами или постоянно появляются злобность, мрачность или угрюмость. При этом их раздражение направлено не на себя, а на окружающих и поведение нередко становится агрессивным. У детей может наблюдаться утомляемость, «скучное настроение». Двигательная заторможенность — большая редкость. Участие же в школьных занятиях, настольных играх становится менее продуктивным, затрудняется общение. Дети отказываются играть в живые эмоциональные игры. Возникающие идеи собственной малоценности, самообвинения, самоуничижения лишены серьезной аргументированности, опираются на несколько или даже один факт из жизни больного. Даже у детей могут появиться мысли о самоубийстве, при этом они особенно упорны при наличии глубокой тоски, отчаяния или выраженных идеях виновности. В зависимости от преобладающей симптоматики описываются меланхолический, ипохондрический, астеноапатический, деперсонализационный и тревожный варианты. Однако наибольшие трудности для распознавания представляют соматический и поведенческий эквиваленты. При депрессиях могут иметь место соматовегетативные расстройства: желудочно-кишечная симптоматика (боли в животе, диспепсические явления, тошнота и др.), головные боли, сердечно-сосудистые проявления (лабильность пульса, тахикардия, неприятные ощущения в груди), расстройство сна. Во время депрессии обостряются или впервые обнаруживаются психосоматические расстройства: бронхиальная астма, нейродермит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, ожирение. Если физические симптомы маскируют невыраженные проявления депрессии, что характерно для детей и подростков, то в этом случае диагностируется *соматический эквивалент или латентная (сома-*

тизированная) депрессия. Для подростков и детей типично также, когда на первое место в клинической картине выступают отказ от посещения школы, уходы из дома, бродяжничество, разрыв с друзьями, присоединение к асоциальной компании, конфликтность, агрессивность, совершение антисоциальных поступков. Эти случаи называются *поведенческими эквивалентами депрессии.* Продолжительность депрессивных фаз в детско-подростковом возрасте меньше, чем у взрослых. Она в среднем составляет 1—4 недели. Депрессия может сочетаться с психомоторным возбуждением, страхами, тревогой, дистимиями и соматическими симптомами с болевыми ощущениями.

Возрастные особенности депрессии: в младенческом возрасте преобладают соматовегетативные и псевдорегрессивные расстройства; в младшем дошкольном — неврозоподобные и соматоалгические симптомы; в младшем и среднем школьном — соматические и поведенческие эквиваленты, а в типичных случаях появляются мысли о неполноценности, снижение активности. Для подростков более характерны суицидальные мысли и намерения.

Циклотимия (F34)

Это состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости настроения. Временами настроение может быть нормальным и стабильным в течение многих месяцев. Изменения настроения воспринимаются подростком (ребенком) как не связанные с обстоятельствами жизни. Циклотимия редко попадает в поле зрения специалистов (врачей, психологов), так как изменения настроения относительно легкие, а периоды приподнятого настроения доставляют удовольствие.

О., 16 лет. Ученица 11 класса. Обратилась с жалобами на то, что она не такая как раньше, «все плохо, трудно общаться с окружающими, никто не интересен, сама себе не интересна».

Мать с высшим образованием, общительная, властная, требовательная, но внимательная к дочери.

Отец — программист, замкнутый, мягкий по характеру, склонный к частым проявлениям легких депрессивных состояний.

Раннее развитие без особенностей. Болела отитом, бронхитом, были аллергические реакции. Обращались к ортопеду из-за х-образных ног, вальгусных стоп, плоскостопия. В 6 лет — невротическая реакция. В 10 лет «кардиалгии», функциональные нарушения и шумы в сердце. Обнаружена миопия. Из пережитых неприятностей вспоминает перевод помимо ее желания в 3 классе в другую школу. 5 лет тому назад почувствовала некоторую ревность к родителям из-за брата, который младше ее на 4 года. Волнуется во время родительских размолвок.

Есть подруги. Не считает их настоящими друзьями. Нравится один мальчик, однако никаких шагов к сближению с ним не делала. Наряду с успешной учебой ходит в походы, посещает туристический кружок, изучает Санкт-Петербург, чтобы стать гидом.

Плохое, но непродолжительное (в течение дня) настроение стало появляться в 1999 г. Ухудшения, т. е. более продолжительные депрессии, были весной и осенью. Учиться продолжала успешно. Летом 2000 г. настроение не ухудшалось. Поступила на подготовительные курсы при университете. Готовится стать филологом. В октябре 2000 г. умерла бабушка. Переживала ее кончину «в себе». «До сих пор не отошла». Мать решила, что дочь никак не отреагировала на потерю близкого человека, упрекала ее в бесчувствии. В последние 2 месяца настроение не улучшалось.

В настоящее время отмечаются очень сниженное настроение и мысли об изменении собственного «Я». Девочке не удается при необходимости сформулировать вопросы. «Не делаю, что планирую, потом ругаю себя за это, наказываю себя». Ограничила обычно регулярное посещение театров. Ей стало сложно общаться с людьми. Несмотря на желание вступить в контакт, не хочется подходить к ним. Приходит к выводу, что так жить нельзя. Иногда мелькают суицидальные мысли. Считает, что попала в ловушку. В этом настроении

чувствует себя не такой, ленивой, нерешительной, сомневающейся. Появляются мысли: делать или не делать? Иногда в течение часа не может решиться ни на что. Память стала хуже. Появилась рассеянность. Мысли хуже концентрируются. Поток мыслей воспринимает как спонтанное, не зависящее от нее явление. «Наслали на меня что-то, и происходит такое». Чувства изменились. «Может быть, не здорова». Стала меньше любить родных, друзей, себя. «На высоте отчаяния хочется плакать». Нет удовлетворения от сна. Почти нет аппетита. Редко получает удовольствие от еды.

ПДО — лабильный тип, склонность к делинквентности, конформности, эмансипации, депрессивности.

Девочка обладает хорошими способностями, широким кругозором, разнообразными интересами, прекрасно учится, стремится подготовить себя к будущей профессии. У нее высокое чувство ответственности, она прилежна и трудолюбива. Склонна к психосоматическим (функциональное расстройство сердечной деятельности, аллергии) и невротическим расстройствам. Она избирательно общительна, не имеет закадычного друга. Ее аффективная сфера отличается неустойчивостью, лабильностью. В течение последнего года это стало особенно явным. После потери близкого человека в течение последних 2 месяцев депрессия стала устойчивой. По утрам плохое настроение выражено сильнее, чем вечером. Наряду с этим отмечаются аутопсихическая и соматопсихическая деперсонализация. Все это, вместе взятое, позволяет поставить диагноз: депрессивно-деперсонализационный синдром, аффективный психоз. Девочка нуждается в стационарном лечении антидепрессантами и психотерапией.

ЛЕЧЕНИЕ

В терапии маниакальных состояний используют нейролептики: аминазин (100—600 мг/сут), галоперидол (до 100 мг/сут), триседил (до 45 мг/сут) и соли лития (карбонат лития 0,8—2 г/сут) или оксибутират лития от 800—1200 мг/сут до 3 г/сут внутримышечно.

Назначение медикаментов при депрессиях зависит от их тяжести и особенностей симптоматики. Обязательно применение имизина или амитриптилина, быстро увеличивая дозы с 50—75 до 200—250 мг/сут. Тревожная депрессия купируется добавленим тизерцина (от 50—100 до 300—400 мг/сут) или хлорпротиксена (от 25—50 до 200—400 мг/сут) При адинамических депрессиях добавляют малые дозы нейролептиков: трифтазина, галоперидола. При лечении депрессии полезна психотерапия.

Больные должны находиться на диспансерном учете у психиатра.

В промежутках между приступами психоза больные могут учиться, устраиваться на работу. В течение психотических приступов, и особенно при их частых повторениях, больные освобождаются от учебы и трудовой деятельности.

ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (F32)

Интерес к детским депрессиям как к самостоятельным болезням возник относительно недавно, что объясняется представлениями о детях как о существах изначально от природы счастливых, жизнерадостных, неспособных глубоко и продолжительно переживать свои трудности. Распознаванию детской депрессии мешает ее своеобразие. В связи с этим замкнутость детей нередко воспринимается как депрессия и, наоборот, детская депрессия ошибочно оценивается как замкнутость. Клиническая картина депрессии затушевывается особенностями личности ребенка, связанными с его развитием, семейными влияниями, культурой и интеллектуальным. Трудность также и в том, что депрессия может быть одним из симптомов многих заболеваний, синдромом или самостоятельной болезнью. Нередко диагностике печали у детей мешает неосознанное стремление родителей не замечать ее, чтобы избежать огорчений, усугубления вины, которую они чувствуют

из-за неправильного или невнимательного отношения к своим детям. В течение длительного времени врачи и психологи были уверены, что из-за несовершенства детской психики у детей не может быть депрессии. Психоаналитики ставили это в зависимость от недоразвития суперэго, а также от отсутствия устойчивого представления о собственном «Я». В противоположность этому допускалось, что у детей может развиться депрессия, однако не в форме тождественной таковой у взрослых, а в виде симптомов, относящихся к депрессивным проявлениям. Ребенок, утратив имевшееся благополучие или лишившись объекта любви, может переживать чувство беспомощности и пассивного смирения вместо выраженных проявлений депрессии. Депрессивные чувства у детей маскируются симптомами, как будто не относящимися к ним. Существует также предположение, что проявления детской депрессии могут быть преходящими отклонениями в развитии, что основано на распространенности у здоровых детей симптомов сниженного настроения. Против этого взгляда говорит то, что эти симптомы не являются стойкими и не нарушают адаптацию.

Распространенность

Оценивается различно в зависимости от особенностей возраста, определения депрессии, типа использованного метода и способности информантов дать отчет о своем состоянии. Дж. Кашани (1984) обнаружил у 1,8 % девятилетних детей «большие депрессии» и еще у 2,5 % — «малые депрессии». Среди дошкольников (страдающих депрессией) больше 9 %. Из детей с длительной депрессией более 75 % — школьники, а из них около половины — подростки 11—14 лет ($^1/_3$ были мальчики и $^3/_4$ — девочки). Среди амбулаторных психических больных детей 1 % с депрессией. 82 % пациентов страдают невротической депрессией, 8 % — эндогенной, 3 % — анаклитической и у двух больных диагностирован аффективный психоз. У 25 % психически больных подростков имеется депрессия. Среди соматических больных детей депрессия обнаруживается в 11 % случаев.

Число детей с депрессивными нарушениями среди пациентов психиатрического стационара крупного города выросло с 8,9 до 10,9 % в период с 2002 по 2006 г. ($p < 0{,}05$). Среди данной патологии выявлены депрессии при шизофрении (18,7 %), умственной отсталости (14,1 %), невротические (34,9 %) и органические (32,3 %). Распространенность депрессивных нарушений растет с возрастом пациентов: в 6—8 лет (5,3 %), 9—11 лет (38,1 %), а их максимальное число отмечается в предпубертатном периоде (56,6 %) ($p < 0{,}05$) (Иванова Т. И., 2008).

Клинические проявления

Для диагноза депрессии достаточно наличия расстроенного настроения более 2 недель и отдельных проявлений уничижительных мыслей. У детей чаще вместо сниженного настроения наблюдаются эквиваленты, в основе которых лежат аффективные расстройства. Диапазон взглядов авторов на депрессию у детей широк: с одной стороны — отрицание депрессии у детей как таковой, с другой — указания на высокую ее распространенность. Ц. Малмквист (1975) считает, что депрессивная симптоматика у детей встречается в ассоциации с органическим заболеванием как часть патологического процесса или как вторичная симптоматика. Она может быть также проявлением синдрома депривации, синдрома, связанного с трудностями формирования личности, в связи с потерей значимого для больного объекта, в форме депрессии аффективного психоза. Реже она наблюдается при безэмотивных (общей ангедонии) или обсессивных типах характера (компенсированной депрессии). У подростков могут быть и реактивная, и шизофреническая депрессия.

В детские невротические расстройства настроения включают острые, хронические и маскированные депрессии. Эти расстройства настроения — длительные проявления депрессивного аффекта, ассоциирующегося с ухудшением личностного, социального и соматического функционирования. В тяжелых случаях отмечаются отставание развития, чувство отчаяния и суицидальные мысли. При аффективном психозе расстройства настроения наиболее стойкие и сочетаются с нарушениями поведения. Депрессия может быть явной, либо в форме фантазий, либо обнаруживаться лишь с помощью прожективных методик. Маскированные и хронические ее разновидности продолжительны и интенсивны. Развитие депрессии происходит следующим образом: еще до манифестации расстроенного настроения в переживаниях больных уже появляются депрессивные мысли. Если психологическая защита в форме фантазий не справляется, не разрешаются трудности, приведшие к переживаниям, то появляется словесное их отображение. Если не срабатывает и второй уровень защиты, то депрессия проявится глубоко сниженным настроением и соответствующим поведением.

Выделяют 3 подтипа депрессии:

— 1-й подтип, чаще наблюдающийся у 6—8-летних детей, связан с аффективностью, при нем наблюдаются печаль, плач, беспомощность, безнадежность, погруженность в свои переживания в связи с потерянностью, отрывом и воспитанием;

— 2-й подтип — у 8—12-летних школьников, отличается низкой самооценкой, отрицательно воспринимаемым другими высокомерием, страхом быть использованным и предположением о продолжении неудач или несчастий;

— 3-й подтип — у детей старше 10 лет, встречается реже и характеризуется чрезмерным чувством вины, карающей самооценкой, пассивными и активными мыслями о самоповреждениях и желании возвращения утраченного.

С возрастом меняется не только подтип, но и увеличивается число симптомов. У детей депрессии чаще проявляются фантазиями (в мечтах, рисунках, спонтанных играх), реже и менее отчетливо в словесном выражении, и еще реже они выявляются в расстройстве настроения и поведения. Описывают 2 типа депрессий — с низким и высоким нейротизмом. Депрессия с низким нейротизмом протекает длительно, с колебаниями интенсивности. Депрессия с высоким нейротизмом характеризуется коротким течением и симптоматикой, связанной с психотравмирующими событиями. Детская депрессия характеризуется переживанием истинной или воображаемой потери эмоционально значимой фигуры. При этом ребенок не может установить защитную зависимость. Отсутствие компенсаторной зависимости приводит к снижению самооценки, которая выражается отчаянием, изоляцией, лживостью и воровством. Могут быть явные депрессивные переживания, но они подавляются детьми. Маскированная депрессия у детей не обязательно основная составляющая психопатологии, она может быть лишь частью расстройства. В детстве сознание еще не интериоризировано, поэтому дети не вовлекаются в интеллектуальные конфликты, вместо этого у них возникают психосоматические или поведенческие симптомы.

Клиническая картина депрессивных нарушений у детей характеризуется изменчивостью симптоматики, насыщенностью множественными рудиментарными флюктуирующими симптомами, складывающимися в сложную мозаичную картину. Выявлены: 1) простой тип депрессии (30,1 %), характеризующийся преимущественно идеаторными расстройствами; 2) дисфорический тип (31,1 %) с атипичным злобным аффектом на фоне идеаторной заторможенности и жалоб на «плохое», «злое» настроение; 3) ипохондрический клинический тип (11,4 %) с преобладанием массивных соматоалгических проявлений; 4) тревожно-фоби-

ческий тип (13,2 %) с тревогой и страхами, маскирующими депрессивные расстройства; 5) аутоагрессивный клинический тип (2,6 %) с превалированием аутоагрессивных и суицидальных тенденций; 6) регрессивный тип (8,5 %) с псевдорегрессивными симптомами, выражающимися временной приостановкой развития; 7) магифренический клинический тип (3,1 %) с симптомокомплексом изменений поведения ребенка и с фиксацией на конфессионной деятельности (Иванова Т. И., 2010).

Депрессивные эквиваленты у детей раннего возраста

К этим эквивалентам относят срыгивание, «колики третьего месяца», младенческую экзему, регургитацию (жвачку), симптом пика, игру с калом и поедание его, расстройства сна (ночные страхи), энурез, безудержную мастурбацию, анорексию (отказ от еды) с потерей массы тела, энкопрез (непроизвольное отделение кала), двигательные стереотипии, тики.

Депрессия в дошкольном возрасте

Многие специалисты утверждают, что депрессивные проявления у дошкольников не являются редкостью, однако, как правило, просматриваются не только педагогами, но и врачами, что связано с атипичностью симптомов депрессии. Почти всегда у дошкольников имеют место не признаки расстроенного настроения, а их эквиваленты. Среди соматических симптомов депрессии, маскирующих аффективные нарушения, наблюдаются расстройства пищевого поведения, кишечные колики, потеря массы тела, энурез, энкопрез, тики, головные боли, диссомнии (расстройства сна). Нарушения поведения, замещающие расстройства настроения, различны: отказ от участия в живых, эмоционально насыщенных играх, затруднения при концентрации внимания в процессе занятий, ухудшение усвоения знаний, стремление к уединению. Или, напротив, в поисках поддержки может быть нежелание покинуть общество взрослого, легкое вступление в ссоры, драки. Встречаются также аутоагрессия, стремление к разрушительным действиям, появление таких привычек, как сосание пальцев, обкусывание ногтей, раскачивание и др. У детей этого возраста наблюдают раздражительность, плаксивость, вспыльчивость, могут быть также апатия, равнодушие, безучастность. Значительно реже отмечают грусть, скуку, задержку интеллектуального, речевого развития. Возможны также идеи самообвинения, просьбы о наказании, мысли о смерти и самоубийстве.

Депрессия у школьников

Лишь у части детей можно выделить некоторые типичные для взрослых симптомы: чувство вины, самообвинение, идеи греховности, страх обездоленности, меланхолию, заторможенность, суицидальные намерения и утреннюю усталость. Среди психосоматических симптомов — диспепсические явления, энурез, расстройства сна, мастурбация, мутизм, «школьная головная боль». Из психических симптомов наиболее часты плохая социальная приспособляемость, тревога, заторможенность, склонность к уединению, раздражительность, неуверенность, нежелание участвовать в игре, затруднения в учебе, чрезмерное переживание ответственности, ипохондрия, нарушения отношений с коллективом, эмоциональная лабильность, агрессивность, побеги из дома, страхи, мрачность, грустные мысли, подавленность, суицидальные мысли и реже поступки, мысли о неполноценности, вине, греховности. По частоте проявления депрессии у детей располагаются в следующем порядке: 1) утрата интереса к эмоциональным играм и учебе (у 66 %); 2) затруднения при выполнении школьной програм-

мы (у 51 %); 3) желудочно-кишечная симптоматика (у 40 %); 4) страх посещения школы, прогулы занятий (у 31 %); 5) энурез (у 30 %); 6) нарушения поведения (у 26 %); 7) расстройства сна (у 23 %); 8) неопрятность, пренебрежительное отношение к своему внешнему виду (у 21 %); 9) чрезмерное пристрастие к сладкому; 10) уходы из дома (у 20 %); 11) головная боль (у 14 %); 12) энкопрез (у 11 %); 13) сосание пальцев (у 8 %); 14) «сердечные жалобы» (у 2 %). Кроме того, наблюдаются тревога, заторможенность, уменьшение двигательной и психической активности, усталость, неудовлетворенность, падение энтузиазма, плаксивость, чувствительность, раздражительность, недостаток интереса и неспособность получать удовольствие от игр, соответствующих возрасту, потеря аппетита, снижение массы тела.

Депрессия у подростков

По мере взросления детей их депрессивная симптоматика становится все более похожей на депрессию взрослых. Из психосоматических симптомов встречаются головная боль, расстройства сна, расстройства желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, бронхиальная астма, нейродермит, ожирение, падение массы тела. Психопатология представлена подавленностью, суицидальными намерениями, переживаниями своей неполноценности, нарушением сосредоточения, расстройством деятельности, трудностями в работе, апатией, вспышками гнева, тоской, страхами, колебаниями настроения, болезненным бесчувствием, утратой интересов, ипохондрией. Среди поведенческих эквивалентов — асоциальное, делинквентное поведение, нарушение приспособляемости к обществу, пристрастие к психически активным веществам. У младших подростков наиболее часто встречаются заторможенность, робость, замкнутость (53 %), нарушения поведения (51 %), трудности приспособления к школе (42 %), плаксивость (39 %), нарушения сна (35 %), нарушения пищевого поведения (30 %), ревность к брату или сестре (26 %) необычная зависимость от взрослых (18 %), энурез (15 %). По другим данным у 14—15-летних в клинической картине депрессий преобладают дисфории и психопатоподобные эквиваленты, а у 16—17-летних — широкий спектр типичных вариантов депрессии. 12 % всех самоубийств в США совершают подростки, причем в большинстве случаев делают это в депрессивном состоянии. Клинические проявления депрессий различаются в зависимости от пола. Девочки в основном пассивно сдержанны, сверхадаптивны и покорны. Мальчики часто возбуждены, агрессивны, асоциальны, склонны к одиночеству, немотивированному плачу, и у них часто обнаруживается энкопрез.

Сочетание заболеваний (коморбидность). Почти у 80 % больных с «большой депрессией» имеются и другие психические расстройства, чаще других — это различные формы дистимий (38 %), что позволяет называть такие состояния двойной депрессией. Кроме того, к расстройствам настроения могут присоединяться поведенческие нарушения и т. д.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕПРЕССИИ

Биопсихосоциальная модель депрессии — взаимодействие стрессовых средовых факторов и индивидуальных черт предрасположенности — гипотеза диатеза-стресса.

Генетические факторы. Доказательством наследственной предрасположенности к депрессии являются следующие факты. Конкордантность по депрессии у однояйцевых близнецов: при униполярной депрессии — около 50 %, при непсихотической депрессии — 40 %. Показатель конкордантности у двуяйцевых близнецов — 15—20 %.

Психосоциальные факторы. Известно значение кризисных жизненных событий в происхождении депрессии. Факторы разлуки с близкими людьми, потери социального ранга и социальных ролей нередко отмечаются в продроме депрессии. Таким образом, можно считать доказанным эффект взаимодействия между внешними кризисными событиями и личностно-специфичными факторами уязвимости — биологическими и/или психологическими признаками предрасположенности, они являются важными элементами возникновения депрессии. Большую роль в предрасположении к депрессии играют социальная уязвимость, связанная с недостаточной социальной поддержкой, отсутствием взаимопомощи, содействия, негативные влияния среды в детстве. Имеют значение повседневные долговременные учебные и профессиональные перегрузки, напряженные семейные отношения, носящие конфликтный характер.

Влияние неблагоприятной внешней среды. Неблагоприятные жизненные события и обстоятельства в детском возрасте создают диспозицию к депрессии в зрелом возрасте: потери эмоционально значимых лиц и депривации, нарушения привязанности, неблагоприятная семейная атмосфера в детстве, недостаточно эмоциональное отношение родителей в детстве (лишение внимания, положительных эмоций и заботы).

Когнитивный подход концепции Бека и Селигмана. Авторы придают большое значение негативным установкам пациента по отношению к самому себе, по отношению к окружающей среде, по отношению к своему будущему. Они учитывают прежний неблагоприятный опыт отношений с окружающим миром и активизацию этого опыта в аналогичных стрессовых ситуациях.

«Выученная» беспомощность формируется у будущего пациента из повторяющихся случаев недостаточного контроля над важными аспектами окружающего мира, она приводит к ожиданиям неконтролируемых ситуаций, а в дальнейшем к депрессии. В качестве причины пережитой потери контроля рассматривалась склонность объяснять внешние негативные события внутренними стабильными и общими причинами — наличием пессимистического отношения к жизни или пессимистическими интерпретациями происходящего вокруг. Модель депрессивной безнадежности — образец негативного понимания будущего пациента.

Дисфункциональные процессы самоконтроля и саморегулирования входят в структуру условий возникновения депрессий.

Дифференцированная активация. Когнитивная уязвимость, проявляющаяся в особенно чувствительном отношении к некоторым событиям или людям, может привести к легкой депрессии, а она будет способствовать возникновению выраженной клинической депрессии.

Поведенческие и интерперсональные концепции. Нарушенное социальное поведение также может предрасполагать к развитию депрессии, этому будет способствовать уменьшение позитивной обратной связи со стороны окружающей среды. Неблагоприятные условия окружающей действительности нередко приводят к расстройству поведения, в том числе к недостаточным социальным навыкам и умениям. Возникшие замкнутые процессы между индивидом и его окружением могут завершиться депрессивным расстройством.

Личностно-ориентированные подходы. Концепция предепрессивной личности предполагает наличие отдельных свойств личности, предрасполагающих к депрессии. К таким личностным характеристикам относятся повышенная зависимость от других людей, заниженная или неустойчивая самооценка, повышенные значения нейротизма. Выделяют субклинические депрессивные тенденции личности (Левинсон Б. М., 1970), темперамента, психобиологические особенности (Акискал Х., 2002). Возникновение депрессии объясняют последствиями тревожных

расстройств. Имеет значение также и то, что лица женского пола преобладают среди молодых людей, страдающих депрессией (Блёшль Л., 2007).

Депрессивные расстройства у детей. При этих расстройствах существует сниженная мотивация и следующий за ней недостаток действий, являющийся основным симптомом депрессии. К этому проявлению относятся: а) недостаток позитивной значимости действий, негативные ожидания действий и будущих событий (Бек А. Т., 1967), нереалистичные, невыполнимые прежние намерения (Kuhl P., 1994); б) при сохранной в той или иной мере мотивации возникает чрезмерная фиксация на актуальном положении вещей, т. е. больной «застревает» на длительных размышлениях перед формированием окончательного решения; в) негативная значимость действия и конфликт приближения — избегания; при возникновении намерения перевод в конкретные действия будет нарушен вследствие недостаточной способности к концентрации при депрессии; г) достижение важных жизненных целей затрудняется из-за отсутствия подкрепляющих стимулов. Подтверждается также негативная значимость ожидания, в результате индивид попадает в замкнутый круг негативной, дефицитарной мотивации.

Все это у больного утяжеляет страдания, которые могут создать новый мотив, изменить депрессивное страдание и привести к совершению самоубийства (Пекрун Р., 2007).

Сформировавшееся неадаптивное поведение, по-видимому, важно для развития депрессии у детей (Каслов Н., Дииринг С., Ракусин Г., 1994). Негативное поведение родителей или их негативное эмоциональное состояние может привести к неадаптивному поведению детей, а затем и к депрессии у них. Матери, страдающие депрессией, передают младенцам свое настроение в процессе общения. Они, как правило, в этом состоянии недостаточно хорошо чувствуют потребности своих детей и относятся к ним более негативно по сравнению с теми матерями, у которых нет депрессии. Депрессивные симптомы у детей положительно коррелируют с тенденцией приписывать положительным событиям внешние специфические и нестабильные причины, а негативным — внутренние глобальные и стабильные (Хиншоу С., 1992). Ребенок, таким образом, может отвержение и придирки сверстников объяснять своим ложным убеждением, что он обладает какими-то недостатками.

Печаль возникает в результате действительной или воображаемой утраты, которая угрожает самоуважению, самоуверенности и эмоциональной безопасности индивида. Впервые она может формироваться на оральной стадии младенчества, т. е. в период максимальной беспомощности и зависимости индивида.

Страх действия — ключевая детерминанта депрессии (Жане П., 1928), а у малышей страх — часть сепарационного синдрома (Боулби Дж., 1969).

Юношеская реактивная депрессия характеризуется личностной неадекватностью, ослабленностью, заторможенностью, эмоцией отвращения и презрения главным образом к самому себе, а также переживанием вины и смущением.

Изучение депрессии 10—11-летних детей по «Детскому опроснику депрессии» М. Ковача, А. Бека» (1977) показано, что у девочек профиль совпадал с таковым же у взрослых. Он положительно коррелировал с показателями печали, внутренней враждебности, стыда, гнева, презрения, вины и страха и отрицательно — с показателем радости. У мальчиков профиль положительно коррелировал с показателями печали, внутренней враждебности, гнева, стыда, смущения, однако эта корреляция не так высока, как у девочек. Внутренняя враждебность (у девочек) — тенденция к самообвинениям и низкой самооценке (Бек А., 1967). У них низкая способность к решению проблемных ситуаций, но не снижены вербальные способности. В сравнении со взрослыми у девочек более часты показатели

гнева. Высокие показатели агрессии и поведенческих нарушений обнаружены как у девочек, так и у мальчиков. Выраженный гнев и низкая внутренняя враждебность у мальчиков — свидетельство отличия депрессии от девочек и у взрослых (Изард К. Э., 1999).

Вопросы для самостоятельной работы

1. Что такое аффективное расстройство настроения (маниакально-депрессивный психоз)? 2. Какова этиология аффективного расстройства настроения? 3. Одинакова ли распространенность аффективного расстройства настроения у взрослых, подростков и детей? 4. Дайте определение гипоманиакальной фазе. 5. Дайте определение депресии. 6. Что такое соматический эквивалент депрессии? 7. Что такое поведенческий эквивалент депрессии? 8. В чем особенности гипоманиакальных фаз у подростков? 9. В чем особенности депрессий у детей и подростков? 10. Что такое маскированная депрессия? 11. Что такое циклотимия?

Литература

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Иванова Т. И. Депрессивные нарушения у детей. — Томск, 2008.
Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб. : Питер, 1999.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер, 2006.
Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб. : Питер, 2007.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Мнухин С. С. К клинике маниакально-депрессивного психоза у детей // Советская психоневрология. — Т. 3. — Л., 1940.
Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. — Л. : Медицина, 1988.
Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — Т. 1. — М. : Медгиз, 1955.

Глава 19. ШИЗОФРЕНИЯ

Психическая болезнь, безумие, сумасшествие — вот некоторые из прежних обозначений того психоза, который в настоящее время называется шизофренией. Это заболевание знали и древние авторы, но лишь Э. Крепелин (1896) нашел его общие признаки и объединил его разные психические проявления под общим названием «раннее слабоумие» (*dementia praecox*). Однако вскоре стало ясно, что ни слабоумие, ни раннее начало не обязательны для этого психоза. Обнаружив при этом заболевании «элементарные расстройства в недостаточном единстве, в раздробленности и расщеплении мышления, эмоций и воли и субъективного чувства личности», Э. Блейлер (1911) назвал его шизофренией. Так как не удалось раскрыть все причины и механизмы его развития, то оно является самым загадочным заболеванием нашего времени.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ ПО МКБ-10 (F20—F29)

Шизофренические расстройства в целом характеризуются фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Как правило, сохраняется ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения. Расстройства, свойственные шизофрении, поражают фундаментальные функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. Зачастую наиболее интимные мысли, чувства и действия как будто становятся известными другим или ими разделяются. В таких случаях может развиться разъяснительный бред, будто существуют естественные или сверхъестественные силы, которые воздействуют, часто причудливым образом, на мысли и действия человека. Восприятие также часто нарушается: цвета или звуки могут казаться более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация. Растерянность также часто встречается на ранних стадиях заболевания и может привести к мысли, что повседневные ситуации обладают чем-то необычным, чаще зловещим, и предназначены исключительно для данного человека. Характерным нарушением мышления при шизофрении является то, что незначительные черты общей какой-либо концепции (которые подавлены при нормальной целенаправленной психической деятельности) становятся преобладающими и заменяют те, которые более адекватны для данной ситуации. Таким образом, мышление становится нечетким, прерывистым и неясным, а речь иногда непонятная. Прерывание мыслей и вмешивающиеся мысли также представляют собой частое явление, и у больных появляется ощущение отнятия мыслей. Характерно поверхностное настроение с капризностью и неадекватностью. Амбивалентность и волевые расстройства могут проявиться как инертность, негативизм или ступор. Возможны кататонические расстройства. Начало заболевания может быть острым с выраженным нарушением поведения или постепенным, с нарастающим развитием странных идей и поведения. Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект. В некоторых случаях, частота которых варьирует в разных культурах и популяциях,

выздоровление может быть полным или почти полным. Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу болезни.

Таким образом, *шизофрения* — хронически текущее прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся *диссоциативностью* психических функций, т. е. утратой единства психических процессов с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа: *аутизмом* (прогрессирующей интравертированностью), *эмоциональным оскудением* (уплощением), *снижением активности* (падением энергетического потенциала) и разнообразными *продуктивными* психопатологическими расстройствами (галлюцинациями, бредом, аффективными нарушениями т. д.).

Первый признак шизофрении заключается в том, что она, как и всякое другое заболевание, имеет начало и хроническое течение.

Второй признак — развитие более или менее выраженных стойких изменений психики после периода выраженных и меняющихся по своей интенсивности симптомов. Для шизофрении характерны не сами изменения психики, а их своеобразие.

Утрата единства психических процессов обнаруживается в форме разнообразных расстройств: нарушения естественно-логического строя мышления, выпадения руководящих целевых представлений в речевом потоке, оторванности высказываний от содержания ситуации, несоответствия эмоций высказываниям и поведению и т. д.

Аутизм представляет отгороженность и оторванность от реальности, погружение в мир собственных внутренних переживаний. Больной в своих переживаниях своеобразно инкапсулируется от внешнего мира. У одних больных аутизм проявляется в пассивности, при этом больной не проявляет участия в делах окружающих, другие погружены в бредовые переживания и не могут вести себя так, чтобы это соответствовало окружающей реальности.

Эмоциональное уплощение, или *оскудение,* характеризуется утратой интереса к прежним увлечениям, привязанностям, поддержанию приличного внешнего вида, выполнению необходимых гигиенических процедур, в безразличии и инертности к жизненным побуждениям.

Снижение активности — это отсутствие инициативы и побуждений к деятельности, снижение воли.

Третий признак — продуктивные психопатологические расстройства — непостоянен. Наиболее часто все же встречаются галлюцинации, бредовые идеи, кататонические расстройства.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Для практических целей целесообразно разделить вышеуказанные симптомы на группы, которые являются важными для диагностики и часто сочетаются в рамках нижеследующих синдромов или форм.

Параноидная форма (F20.0)

Это наиболее часто встречающийся тип шизофрении. Она характеризуется преобладанием в клинической картине стойкого бреда преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Реже отмечаются идеи воздействия, отравления, величия, «чужих родителей», одержимости, физического недостатка, виновности, ипохондрические идеи и др.

Из галлюцинаций, возникающих на фоне ясного сознания, наиболее часто встречаются угрожающие или приказывающие голоса, а также элементарные слуховые галлюцинации: свист, смех, гудение. Могут быть обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения. Для больных характерны слуховые и реже зрительные псевдогаллюцинации, в подлинности которых больные не уверены. Нередко бредовые идеи, например воздействия со стороны посторонних сил, возникают при попытке объяснить происхождение этих необычных обманов чувств. Обычно эта форма болезни развивается постепенно. Все начинается с подозрительности, которая направлена на кого-либо из тех, с кем общается больной. Напряжение постепенно нарастает, кажется, что вокруг шепчутся, нагнетают враждебную атмосферу вокруг больного. Пища представляется сомнительной, неприятного вкуса, отравленной. Слышатся подозрительные звуки, голоса, угрозы, по радио, телевидению делают непонятные намеки. Бред все больше усложняется, охватывая все большее число лиц и явлений и, таким образом, составляя систему, которая то усложняется, то распадается, не сохраняя все время одну и ту же фабулу. В одних случаях нелепость бреда очевидна (родители — «марсиане»), в других — абсурдность суждений больного оказывается не столь явной (убежденность в наличии тяжелого заболевания). Однако, как правило, постепенно даже видимая аргументированность бреда утрачивается, все заметнее становится нарушение мыслительного процесса, нарастание эмоционально-волевого дефекта и интеллектуального оскудения.

В острых стадиях могут быть выраженными расстройства мышления, препятствующие возникновению типичных бредовых или галлюцинаторных расстройств. Аффект характеризуется некоторой эмоциональной неадекватностью, расстройством настроения (раздражительностью, гневом, страхами и подозрительностью). Появляющиеся негативные симптомы (эмоциональная сглаженность, нарушение волевых функций) не являются ведущими.

Течение этой формы может быть эпизодическим, с частичной или полной ремиссией, или хроническим.

Гебефреническая форма (F20.1)

Она возникает в период взросления. Наиболее типично для этой формы почти постоянное состояние возбуждения, сочетающееся с необычной, пустой, незаражающей веселостью, нелепой дурашливостью, манерностью. Бесцельное поведение проявляется в утрированном, неуместном кокетстве, гримасах, подмигиваниях, акробатических ужимках, а то и в непрерывных «танцах и гимнастических упражнениях». Одновременно совершаются неожиданные, нелепые, неуместные поступки (использование взрослым самоката для передвижения по улице). Наиболее характерны дезорганизованное мышление, непоследовательная речь с бессмысленным словосочетанием, неологизмами, вербигерацией или даже выраженной «разорванностью» (нарушениями логических связей в предложениях). Возможно появление отрывочных бредовых идей, галлюцинаций или более выраженных одиночных кататонических симптомов (нелепого, бурного, хаотического двигательного или речевого возбуждения, стереотипий). Начинается обычно эта форма остро и протекает быстро, приводя к глубокой деградации, выражающейся в слабоумии с дурашливостью.

Кататоническая форма (F20.2)

Проявляется психомоторными расстройствами, которые обычно варьируют от состояний кататонического возбуждения до ступора, от автоматического подчинения до негативизма. Картины возбуждения разнообразны, одни по своей

элементарности напоминают эпилептический припадок, другие — это стреотипно повторяющиеся элементарные движения (подпрыгивания, размахивания руками, как крыльями, непрекращающиеся крики и т. д.). Поведение нелепо, импульсивно, опасно из-за неожиданной агрессии и попыток к самоубийству. Явления двигательной заторможенности также разнообразны. Они проявляются либо полной обездвиженностью с отказом от приема пищи и неспособностью регулировать свои естественные отправления в течение недель и месяцев, либо кратковременными или длительными застываниями в тех или иных позах. Кататоническая симптоматика может сочетаться с онейроидным состоянием. Кататония начинается обычно остро, ее течение чаще ремитирующее с улучшениями и ухудшениями. Исходом может быть аффективная опустошенность и нарастающее слабоумие.

Простая шизофрения (F20.6)

Получила свое название, потому что, как правило, при ней клиническая картина ограничивается основной симптоматикой, характеризующей заболевание, — нарастанием эмоционально-волевого дефекта, постепенным развитием аутизма. Если же и появляется какая-то продуктивная симптоматика в форме окликов, идей отношения, колебаний настроения, импульсивности, ступора или двигательного возбуждения, то она не сформировывается в острые синдромы с галлюцинаторно-бредовой или кататонической симптоматикой. Заболевание начинается очень незаметно даже для близких и родственников. Сначала падает интерес к школьным занятиям или работе, затем перестают привлекать встречи с приятелями и друзьями, забрасываются увлечения, в конце концов перестают следить за своим внешним видом. Отмечается непродуктивное проведение времени дома или совершение бесцельных прогулок. Из-за резко сниженной собственной активности больные иногда не способны самостоятельно вернуться домой. Они могут стать жертвой непогоды или злонамеренных людей. Больные утрачивают стыдливость, возможность сопереживания, они не отзываются на боли и горести близких, а в далеко зашедших случаях не только оказываются беззащитными, но и неспособными себя обслужить. Время от времени они совершают странные или нелепые поступки, мотивы которых объяснить не могут. Завершается эта форма шизофрении либо приспособлением к жизни дома и освоением какой-нибудь очень несложной работы под присмотром и при руководстве других лиц, либо такой степенью деградации, что жизнь даже дома из-за неправильного поведения может оказаться невозможной.

Некоторые случаи шизофрении не укладываются ни в одну из описанных форм, тогда их относят к **недифференцированной форме (F20.3)**.

Хроническая стадия шизофрении, характеризующаяся длительно сохраняющимися негативными симптомами, называется **резидуальной шизофренией (F20.5)**.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения — форма нарушенного приспособления, связанная с семейным окружением и взаимодействием ее членов. У больного шизофренией рано остановлено психосоциальное развитие либо психологической травмой, либо грубыми отклонениями в созревании психологических функций. Позже под влиянием интрапсихических или средовых влияний возникает стресс, к которому больной не способен адаптироваться и вместо этого возвращается на уровни функционирования, которые были свойственны более ранним фазам его развития.

Доболезненные личностные особенности:

1. Гипертимные личности с чертами незрелости в эмоциональной сфере и склонностью к мечтательности и фантазированию (приступообразная шизофрения).
2. Стеничные шизоиды (различные формы шизофрении).
3. Сенситивные шизоиды (приступообразные и вялые формы).
4. Диссоциированные, или мозаичные, шизоиды (вялотекущая шизофрения).
5. Возбудимые личности (приступообразная, параноидная и вялотекущая шизофрения).
6. «Образцовые» личности (злокачественная юношеская шизофрения).
7. Дефицитарные личности (злокачественная юношеская шизофрения) (Критская В. П., Мелешко Т. К., 1999).

Нарушения восприятия

Разные свойства окружающего мира выделяются больными несколько иначе, чем здоровыми: они по-разному «акцентируются», что приводит к снижению эффективности и «экономичности» процесса восприятия. Однако при этом отмечается повышение «перцептивной точности» процесса восприятия образа.

Нарушения мышления

Имеется тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность. Диссоциация особенно отчетлива в тех видах деятельности, реализация которых существенно детерминирована социальными факторами, т. е. предполагает опору на прошлый социальный опыт. Она формируется предиспозиционно.

Структура шизофренического дефекта формируется либо в виде парциального (диссоциированного) дефекта, либо в виде тотального (псевдоорганического) дефекта (Критская В. П. [и др.], 1991).

Парциальный дефект

Снижение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции деятельности и поведения. Это приводит к снижению социальной направленности и активности личности, к дефициту общения, социальных эмоций, ограничивает опору на социальные нормативы и снижает уровень деятельности преимущественно в тех областях, которые требуют опоры на прошлый социальный опыт и социальные критерии. Уровень регуляции в тех видах деятельности, где роль социального фактора невелика, остается высоким. Это и создает картину парциальности и диссоциированности нарушений психики.

Тотальный дефект

Характеризуется снижением потребностно-мотивационного компонента психической активности, проявляющегося глобально и охватывающего все или большинство видов психической деятельности, что и отражается на всем поведении больного. Этот дефицит приводит к резкому снижению инициативы во всех сферах психической деятельности, сужению круга интересов, снижению уровня ее произвольной регуляции и творческой активности. Ухудшаются и формально-динамические показатели деятельности, снижается уровень обобщения. Остаются «островки» сохранной психической активности, связанной с интересами больных.

Имеется связь негативных изменений, характеризующих парциальный дефект, с конституционально обусловленными, преморбидными личностными осо-

бенностями. Часть из них углубляется, другая — сглаживается. Этот тип дефекта — *дефект шизоидной структуры.*

В формировании второго типа дефекта наряду с конституциональными факторами имеется связь с факторами движения болезненного процесса, прогредиентностью.

Общие черты дефекта

Снижение уровня обобщения, социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности.

Деятельность вследствие снижения социальной направленности и уровня социальной регуляции характеризуется ухудшением избирательности. Снижение избирательности одновременно составляет фундамент «оригинального» и «необычного» мышления и восприятия больных. У лиц шизоидного круга и больных отмечаются особые способности и склонности, позволяющие им достигать больших успехов в отдельных областях творчества.

Особенности избирательности в речи: ослабление социальной детерминации процесса восприятия речи и снижение актуализации речевых связей на основе прошлого опыта.

Факторы предрасположенности (уязвимости), предикторы шизофрении, на основе которых под влиянием стрессов возникают шизофренические эпизоды: дефицит информационных процессов, дисфункция внимания, нарушение коммуникативности и межперсонального функционирования, низкая академическая и социальная компетенция (Ott S. L. [et al.], 1998).

Расстройства мышления и способности решения проблем при шизофрении (Лаут Г., 2002)

Основные когнитивные расстройства возникают вследствие того, что не удается осуществлять основные процессы переработки информации (фокусировка внимания, память, образование понятий). Нарушается переработка сложной информации, и возникают характерные расстройства мышления (недооценка реальности). Если отдельные компоненты системы переработки информации, коей является мышление, нарушены, то страдает и качество мышления. Общие расстройства приводят к нарушению переработки информации, в результате может возникнуть нарушение концентрации внимания и формирования ассоциаций.

Формальные расстройства мышления — это нарушения дедуктивного мышления (нарушения способности делать умозаключения), и они выражаются в том, что акты мышления дезорганизованны или формально нелогичны. Примеры: разорванное, ассоциативное мышление (мышление, лишенное внутренней структуры, руководимое периферическими признаками, такими, как звуковое сходство), а также персеверация и неологизмы. Нарушается упорядочение содержания мышления и его внутренняя логика, вследствие чего происходят сбои в переработке информации и в выработке реалистичных умозаключений. Эти расстройства объясняются гиперактивностью или нарушениями в некоторых областях коры головного мозга (Birbaumer & Schmidt, 1996).

Содержательные расстройства мышления касаются прежде всего индуктивного мышления (обобщения конкретного опыта). При этом мышление исходит из ложных предпосылок, переоценивает одни и недооценивает другие доводы и поэтому приходит к ложным умозаключениям. Нарушается способность категоризации и достоверного объяснения событий окружающей действительности. Окружающий мир воспринимается причудливым и необычным образом (бредо-

вые явления). Этому содействуют прежде всего общие когнитивные расстройства, которые за счет ослабления ассоциативных связей между рече-концептуальными комплексами и слабой селекции внешних раздражителей из-за слабости системы стимуляции приводят к восприятию кратковременной памятью нерелевантной информации. Вследствие этого событиям и содержанию памяти придается преувеличенное значение.

Недостаток способности усваивать и использовать знания. Решение задач и более широких проблем предполагает наличие знаний различного рода, необходимых для понимания проблемы и для поиска способов ее решения (хорошая ориентация в проблемном и поисковом пространствах — «эпистемическая структура»). Следовательно, ограниченные знания (из-за недостаточного опыта или когнитивных ограничений), а также недостаточное умение использовать имеющиеся знания быстро приводит к нарушению способности решения проблем. Существуют два вида ограничений, относящихся к знаниям: 1) недостаточные знания из-за недостаточного опыта (из-за ограниченной социализации, из-за недостаточной самостоятельности); 2) недостаточное использование (индивид, даже располагающий достаточными знаниями, не может их активизировать, т. е. использовать). Это может быть обусловлено инертностью знаний (их качественной стороной) или опросом ячеек памяти. При недостаточном опросе ячеек памяти играет большую роль эмоциональное возбуждение. Оно ограничивает использование имеющихся знаний, так как система регуляции эмоций доминирует над когнитивной системой контроля и перегружает особенно оперативную память, так что из долговременной памяти информацию можно извлекать только в ограниченном объеме (Spies & Hess, 1989). При этом важна роль агрессивности, депрессии и высокого уровня возбуждения больных (тревога).

Для шизофренического мышления характерно не снижение мышления с абстрактного на уровень конкретного мышления (Goldstein K., 1946), а его необычность, нестандартность. Возникшие расстройства мышления — результат нарушения селективности, избирательности информации (Cameron N., 1938). Выделение необычных признаков предметов и игнорирование их конкретных признаков — следствие чрезмерной гиперассоциативности «смысловой свободы». Психологическая природа мышления шизофрении объясняется понятием «*overinclusion*» (сверхобобщение, сверхвключение) — невозможность больного удержаться в определенных заданных смысловых границах как результат расширения условий мыслительной задачи (Cameron N., 1938).

Нарушения селективности информации при шизофреническом мышлении — нарушение актуализации прошлого опыта (Поляков Ю. Ф., 1974).

Для шизофрении также характерно *амотивационное мышление*, связанное с нарушениями мотивации и побуждений. Оно характеризуется прогредиентностью, ведущей к распаду мышления. В наиболее чистом виде оно встречается при простой форме шизофрении. Снижение уровня мотивации приводит не только к количественным, но и к качественным изменениям мышления: аутистическому, резонерскому, символическому, паралогическому.

Шизофреническое мышление — амотивационное и одновременно связанное с нарушением селективности информации в механизмах его протекания. Изменяется актуализация прошлого опыта. Механизмы амотивации и нарушения селективности тесно взаимосвязаны. Первичную роль здесь играет механизм снижения уровня мотивации (Блейхер В. М., 1986).

1-е звено — нарушения мотивационной сферы;

2-е звено — нарушение личностного смысла — выбора значимых признаков, предметов и явлений, т. е. селективности информации;

3-е звено — собственно нарушения селективности информации (Тихомиров О. К., 1969).

С двумя первыми звеньями связаны нарастающее эмоциональное снижение и изменения мышления диссоциативного типа. С изменениями мотивации преимущественно связана апатическая редукция мышления. Преобладание нарушений личностного смысла связано с расстройствами мышления, в основе которых изменение личностной позиции больного (аутистическое и резонерское мышление). С нарушениями селективности информации связаны патологическое и символическое мышление при присоединении кататонически измененной психомоторики — разорванность мышления и шизофазия (Блейхер В. М., 1986).

Патопсихологическое исследование мышления, перцепции, эмоционально-волевой сферы, а также личности больных шизофренией производится с помощью следующих методик: классификации, исключения, пиктограмм, ассоциативного эксперимента, определения понятий, объяснения смысла прочитанного рассказа, понимания пословиц, Роршаха, Вартегга, ТАТ, MMPI, опознания зрительных образов, опознания цифр, отношения к болезни, функциональных проб.

ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Распространенность

10 % больных заболевают шизофренией в детском возрасте. В нашей стране шизофрения составляет лишь 0,5 % всей психической патологии детей (Волошин В. М. [и др.], 2002). По другим данным (Mash E. J., Wolf D. A., 2002), шизофрения встречается от 0,14 до 1,0 случая на 10 000 детей. Детской шизофренией в более раннем возрасте заболевают мальчики (2—3 года) (Hafner H. [et al.], 1998), и встречается она в 2 раза чаще, чем у девочек.

Систематика

Формы детской шизофрении группируются по: 1) течению: непрерывно текущие (вяло протекающие, непрерывно-прогредиентные, злокачественные) и приступообразно-прогредиентные формы; 2) возрастному критерию: детская (раннего, дошкольного и младшего школьного возраста, до 10 лет); препубертатная (10—12 лет) и пубертатная (до 17 лет) шизофрения; 3) по клинико-психопатологическим проявлениям (с преобладанием кататонических или гебефренных расстройств).

Шизофрения раннего и дошкольного возраста

Начинается у 69 % детей до 3 лет, у 26 % в 3—5 лет, у 5 % между 5 и 8 годами. Чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, — 2,9 : 1. Наследственная отягощенность у детей выше, чем у всех больных шизофренией. У 26,1 % детей — отягощенность шизоидной психопатией, у 11,5 % — шизофренией, у 2,1 % — другими психозами, у 1,8 % — алкоголизмом. До болезни состояние детей было неблагополучным у 62 % из-за патологии беременности, у 44 % из-за родовых травм.

Злокачественно текущая форма (Симсон Т. П., 1948) шизофрении наблюдается примерно у 25—32,3 % детей этого возраста. Раннее психомоторное развитие (от 1 года до 1,5 года) может быть своевременным. Заболевание обычно начинается в 3—4 года и характеризуется преобладанием негативных симптомов в виде быстрого угасания психической активности, побуждений, приостановки психического развития. За несколько месяцев до манифестации у ребенка меняется поведение, уменьшается интерес к играм, заметно недостаточное стремление к общению.

Нередко заболевание проявляется в 2-летнем возрасте: ребенок перестает употреблять известные слова, произносит своеобразные фразы, используя безличные глагольные формы («кушать», «одеть»). Угасают привязанности (отсутствие реагирования на уход и появление матери). Аутизация и нарастающая пассивность приводят к уединению, нежеланию играть с детьми, развлекать себя игрушками. Появляются стереотипные действия: непрекращающееся размахивание одним и тем же предметом, постукивание, открывание и закрывание дверей. Используются неигровые предметы: веревочки, палочки, бумажки, железки и т. д. Замедляется психическое развитие.

Дети нередко проявляют эмоциональную ранимость, болезненно реагируя на помещение в детское учреждение, перемену обстановки. В 2,5—3 года злокачественность течения становится явственнее. Контакт нарушается еще более резко, ребенок не отвечает на вопросы, совсем не реагирует на разлуку. Появляются страхи, нарушения зрительного восприятия.

У одних детей возникают кататонические расстройства: мутизм, эхолалии, двигательная заторможенность, манерное поведение, импульсивность, стереотипии. Обычно двигательное возбуждение преобладает над явлениями заторможенности. При этом дети всегда уединяются. Их внимание не привлекается или оказывается мимолетным. Не развиваются навыки самообслуживания. Если речь больных сохраняется, то она, как правило, не служит им для общения.

Реже у других детей развиваются гебефренные симптомы. Сначала появляются расстройство поведения, неадекватные поступки. Возникает возбуждение: двигательное беспокойство, эйфория, дурашливость, необычные позы, нелепая манерность, импульсивность (неожиданные ужимки, агрессия). Речь разрушается и становится разорванной.

Через 2—3 года может наступить незначительное улучшение. В 7—8 лет обычно возникает обострение, проявляющееся беспредметными страхами, тревогой, расстройством сна, усилением кататонических проявлений.

Таким образом, для злокачественной шизофрении характерны: начало болезни с негативных симптомов, предшествующих появлению продуктивных расстройств; прогрессирующее течение; полиморфизм продуктивной симптоматики при ее аморфности; высокая резистентность к терапии; тенденция к раннему формированию тяжелых конечных состояний (Мамцева В. Н., Сосюкало О. Д., 1995).

Непрерывно-прогредиентная (параноидная) форма (Гребельская Е. С., 1934) начинается постепенно с потери эмоционального контакта, аутизации без погружения во внутренний мир, так как последний очень беден. Возникают идеи отношения, проявляющиеся подозрительностью, недоверчивостью. Появляется враждебная бредовая настроенность в отношении родителей, а затем и других лиц. Появляются отдельные слуховые галлюцинации, а затем и элементы психического автоматизма.

Первый вариант начинается очень рано и медленно прогрессирует. У этих детей часто отмечается преждевременное интеллектуальное развитие, сочетающееся с односторонними сверхценными интересами. Они превращаются в бредоподобные фантазии. Последние проявляются в виде особых стереотипных игр со схематизацией игровых объектов, в примитивном коллекционировании одинаковых предметов (бутылочек, коробочек). Фантазии могут сводиться к однообразным и причудливым вопросам, отражающим интересы абстрактно-познавательного характера. Постепенно «пытливые» вопросы превращаются в сверхценные идеи. Такая одержимость односторонними интересами, по мнению В. Н. Мамцевой (1973), типична для рудиментарных паранойяльных идей. Нередко фантазии детей проявляются перевоплощением в образы своих увлечений. Они становятся

«трамваем», «часами», и их поведение соответствует тому, что они фантазируют (элемент бредоподобной деперсонализации).

Второй вариант чаще начинается в преддошкольном возрасте. При этом варианте на первое место выступает образное патологическое фантазирование, сопровождающееся визуализацией представлений. Позже при обострениях (в 6—7 лет) появляются сновидные переживания и зрительные псевдогаллюцинации. В дальнейшем присоединяются рудиментарные отрывочные идеи воздействия, овладения и деперсонализации. Формируется синдром психического автоматизма. Появление фантастического бреда — показатель нарастающей прогредиентности заболевания.

Малопрогредиентная (вяло протекающая) форма. Она начинается во время первого возрастного криза (3—4 года), встречается у 11,7—50 % детей, заболевающих шизофренией, провоцируется инфекционными заболеваниями или психогенными факторами (разлука с родителями, смена обстановки). Развитие процесса медленное, течение благоприятное, личность меняется постепенно и не резко. Снижается потребность в контакте, общительность становится избирательной, утрачивается эмоциональная живость, но еще некоторое время остается необычная сенситивность. В психическом развитии больных отмечается диссоциация: ускоряется формирование интеллекта, появляется склонность к отвлеченным интересам при невысокой продуктивности и сниженных интересах. При этом задерживается моторное развитие, овладение навыками самообслуживания, появляется скованность. Обычно у этих ребят слабый инстинкт самосохранения, плохой аппетит. Нарастает аутизация — ребенок держится уединенно, себя игрой занять не может. Эмоциональный контакт ухудшается, но аффективное снижение не грубое. С родителями расстается легко, а если даже и не отпускает, то лишь в связи с переживаемыми страхами. Имеют место соматовегетативные нарушения (снижение аппетита, расстройства сна), двигательные и речевые расстройства (нарушения темпа речи, манерность, вычурность интонаций). Нередки неврозоподобные симптомы: колебания настроения, немотивированные бессодержательные страхи или страхи космического характера («упадет солнце»). Даже фобии, возникшие в реальной ситуации, становятся причудливыми, теряют связь с произошедшими событиями. Встречаются навязчивые страхи (заражения, загрязнения). Возможны переходы навязчивых симптомов в бредовые переживания: ипохондрические мысли, идеи отношения, преследования. Могут быть также нарушения поведения и расстройства влечений (злобность, жестокость, агрессия, садизм).

Шизофрения детей младшего школьного возраста

Начинается медленно, незаметно, проявляясь постепенным изменением личности ребенка. Он становится отгороженным, ослабевают привязанности и интересы к играм и учебе. Иногда появляется враждебность или безразличие к родителям. Мышление становится непродуктивным, появляются наплывы мыслей и обрывы их течения. Возникает боязнь за свою жизнь, здоровье или за здоровье родителей. Помимо ипохондрических переживаний появляются навязчивые или сверхценные страхи школы, чужих людей. Вначале они могут быть обоснованными, но вскоре оказываются оторванными от ситуации, становятся нелепыми. Могут присоединиться мысли о постороннем влиянии, воздействии, порче и т. д. Нередки навязчивое мудрствование, навязчивые сомнения и влечения. Появляются защитные ритуалы в форме словесных отговорок или рассуждений. Вскоре они становятся независимыми от страхов и потому их поведение оказывается непонятным. Часто появляется образное патологическое фантазирование с рудиментарными псевдогаллюцинациями. Оно является отражением аутизма или агрес-

сии, садизма. Эти влечения проявляются словесно, и тогда ребенок постоянно угрожает. Тематикой рисунков оказываются убийства, взрывы, бандиты, бомбы и т. д. Ребенок не допускает других в свой фантастический мир. Он требует называть себя вымышленным именем. Играет в одиночку выдуманными игрушками, персонажами, рисует фантастические миры, в которых обитает, строит взаимоотношения с теми, кто существует лишь в воображении. При этом задумывается, шепчет, гримасничает, совершает какие-то действия. Мальчик перевоплощается в объект своих выдумок — в дикого кота, гладиатора, разбойника и становится агрессивным. У девочки может проявиться сексуальность, она становится «возлюбленной принца», невестой воображаемого мальчика Володи. Фантазии приобретают бредоподобный характер. Они проявляются охваченностью и одержимостью «мечтами», полной «погруженностью в мир своих фантазий», трудной переключаемостью на реальные события и появлением веры в то, что их выдумки существуют на самом деле. К ним присоединяются «грезы наяву» с образными представлениями, в которых ребенок «переносится на другую планету», «раскачивается на качелях, сооруженных в облаках». У некоторых детей — отвлеченные сверхценные интересы к календарным датам, цифрам, картам, планам и т. п.

Наряду с непрерывным развитием психических расстройств, часто встречается и приступообразное течение. В этом случае в период улучшения помимо симптомов шизофренического дефекта обнаруживаются признаки замедления психического развития.

Б-ая А., 10 лет 6 мес. Родители обратились с жалобами на резко ухудшившуюся успеваемость, прогулы уроков, лживость и изменившееся поведение. Мать, 33 года, к девочке относится без чувства ответственности, явно не хватает личностной зрелости для воспитания. Отец старается проводить время с детьми. Брат — 7 лет, ученик 1 класса.

Ребенок от первой нежеланной беременности. Поставлен диагноз родовой энцефалопатии. Отдана в ясли в 1 г. 10 мес., так как мать пошла на работу. Девочка заболела пневмонией, не смогла посещать ДОУ. Переведенная в детский сад, переживала, не любила его посещать, держалась в стороне от детей, не играла с ними. Будучи левшой, вынуждена была переучиваться. Когда девочке было 4 года, родился брат. Вынуждена была его нянчить, ревновала к родителям, он ее не слушался, жаловался родителям. В 7 лет пошла в школу. В начальных классах успевала хорошо. В прошлом году в связи с переездом дважды сменила школу.

Учится в 5 классе. Девочками не была принята, они ее обижали, в ответ на их придирки и настороженное отношение сама оскорбляла их. Прогулы объясняет тем, что боится одноклассниц. Отставание в учебе связывает с прогулами. Привлекала мать для того, чтобы та приструнила обидчиц. В школе девочки щиплют, бьют. Особенно достается на уроках физической культуры, когда она в раздевалке телом прикрывает свой портфель, боясь, что будут переписаны отметки, испорчены вещи. Дети, узнавая о ее плохих отметках, звонят домой, сообщают родителям, ругают по телефону, поют похоронные марши. Убеждена, что одна из девочек преследует за прогулы, плохую успеваемость, организует побои, поджигает замки в подъезде. Эта же ученица поссорила с матерью, развела с нею, добивается, чтобы мать выгнала ее из дома. «Мама может выставить за дверь». Мать доверяет этой ученице больше, чем дочери. Уверяет, что это уже было проделано с другой ученицей, которая осталась без семьи («Уже одну выгнали из дома»). Сообщает об отсутствии у нее радости. Подружки остались в прежней школе. Здесь якобы имеются 2—3 приятельницы, но они за нее не заступаются, остальные ученики, даже мальчики в количестве до 20 человек, не только настроены против нее, но и бьют ее, издеваются над ней. Заявляет, что победит свою соперницу тем, что будет ходить в школу и станет хорошо учиться. Не объясняет, как ей это удастся. Уже давала слово неоднократно, но ничего не изменилось. Осуждения родителей, физические наказания не принесли пользы. Обманывает, заявляя о том, что идет в школу, но в класс не попадает.

И в школе, и дома, как она говорит, «фантазирует». И на людях, и в одиночестве беседует с умершим 4 года назад дедом. Слышит его голос, «идущий из сердца», вопрошает его

мысленно. Он читает ее мысли и советует ей, как поступить, что сказать в трудных случаях. Например, сказал: «Дай ей пинка, отстанет». Подчиняется советам. Часто видит его образ перед собой «как на фотографии во весь рост и улыбающегося». Очень ему благодарна за это общение. Говорит о своей любви к нему. Это общение продолжается 4 года. Сначала плакала некоторое время после его смерти, а затем, спустя несколько недель, впервые во сне и потом уже наяву появился дед, с которым стала вести беседы. Слышала от него похвалу за хорошие оценки в школе. Отец утверждает, что ранее девочка не воспитывалась дедом и не была с ним близка.

Всю беседу ведет без видимого переживания сложности ситуации, несмотря на то что знает о предупреждении дирекции, которая собирается ее отчислить из школы. Не всегда к месту улыбается, кокетничает. Свои заявления делает декларативно, формально. Резонерствует о своих перспективах. Даже благодарит без чувства признательности за то, что психолог добился для нее возможности исправиться. Контакт с больной лишен естественного эмоционального аккомпанемента.

На рисунке семьи все четверо внизу, в правом углу. Больная стоит рядом с братом, затем отец и крайняя — мать. Ни у одного из них нет глаз, рта, ушей. На руках отсутствуют пальцы. Стопы скрыты одеждой. Руки каждой из фигур приподняты. Только цвет материнской одежды розовый, цвета одеяний других более мрачные.

Нежеланная, страдавшая перинатальной энцефалопатией девочка отвергала дошкольные учреждения, болела, была там одинокой. Не сумела принять брата, была отвергаема матерью. Четыре года назад тяжело пережила смерть близкого человека. Была депрессия, появились обманы чувств. При переезде, перемене школ, неприятии сверстниками развилось галлюцинаторно-бредовое состояние с элементами психического автоматизма. Мышление с наклонностью к резонерству. Живет в аутистическом мире общения с дедом, реализующим ее желания на поддержку, понимание. Эмоциональное состояние недостаточно соответствует реальности происходящего. Она лишена необходимой для ученицы активности и интересов. Сказанное позволяет предположить наличие галлюцинаторно-бредового синдрома шизофренического генеза.

ШИЗОФРЕНИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Шизофрения составляет 1,84 % всей психической патологии подростков (Волошин В. М. [и др.], 2002). Риск начала заболевания шизофренией у подростков в 3—4 раза выше, чем на протяжении всей остальной жизни. На возраст 10—19 лет падают 31—32 % дебютов шизофрении. Клиническая картина шизофрении у подростков не очень сильно отличается от психопатологии этого заболевания у взрослых. Но так как возрастные отличия все же существуют, то об их особенностях будет сказано ниже.

Примерно в трети случаев заболеванию предшествует опережающий его на несколько недель или месяцев эпизод необычного, нетипичного для больного поведения — предвестник. Обычно это нелепые, неожиданные, необъяснимые поступки, галлюцинаторные или бредовые эпизоды, маниакальные или депрессивные приступы, состояния дереализации, продолжающиеся несколько дней или недель.

Начало заболевания провоцируется серьезными конфликтами со сверстниками, членами семьи, попытками насилия, неблагоприятно протекающим пубертатным кризом и т. д. Клинические проявления шизофрении у подростков подразделяются на ряд форм.

Вялотекущая форма встречается у трети подростков, заболевших шизофренией. У половины из них наблюдается *неврозоподобная симптоматика*. Чаще всего это различные полиморфные навязчивые симптомы (ипохондрические мысли, страхи заражения и загрязнения, воспоминания, действия, влечения). Эти явления трансформируются в рудиментарный бред. Могут быть также *астенические состояния* (астеноипохондрические переживания). При них легко возникают нарушения мышления даже при незначительных умственных нагрузках, расстраива-

ется внимание и снижается психическая активность. Появляются «пустота в голове» и наплывы мыслей. Для этих состояний характерны головная боль, бессонница, повышенная утомляемость. Примерно с такой же частотой встречается *дисморфомания*, проявляющаяся мыслями о собственном уродстве, неприятном для окружающих. Реже отмечаются синдром *анорексии* (отказ от приема пищи) или синдром *«философической интоксикации»* (бесплодного неотвязного мудрствования, главным образом, на отвлеченные темы).

Другую половину больных этой формой составляют подростки с *психопатоподобной симптоматикой*. В начале заболевания эта симптоматика — болезненно утрированные черты психики подростка, т. е. повышенная аффективная возбудимость, необычное «упрямство», вызывающе протестное поведение, постоянно меняющееся настроение, разлаженность поведения, нелепые, немотивированные поступки, холодный эмоциональный фон и снижение продуктивности. Еще один вариант психопатоподобной симптоматики — резкий личностный сдвиг, *«радикальный переворот»* в складе личности (Местиашвили М. Г., 1968). Застенчивые, нерешительные и ранимые подростки могут стать необычайно активными, упорными в осуществлении своих односторонних своеобразных интересов. Они не идут ни на какие компромиссы, т. е. у них появляются параноические черты личности.

Может также возникнуть, особенно у мальчиков, *гебоидный синдром*. В форме грубейших нарушений поведения, определяемых садистическим извращением влечений. Жестокая агрессивность, бессмысленные разрушительные действия, а также немотивированные побеги возникают на фоне эмоциональной холодности и полного равнодушия к переживаниям окружающих. Эти подростки нередко даже совершают правонарушения.

Негативная симптоматика при вялом течении шизофрении у подростков незначительна по своей выраженности.

Непрерывно-прогредиентная форма (с заметным развитием стойких психических нарушений) наблюдается примерно у 70 % подростков. Она обычно начинается с неврозоподобной или психопатоподобной симптоматики, реже с паранойяльной, а затем преобладающими становятся эмоционально-волевые расстройства, снижение активности и интересов.

Реже наблюдаются остро или подостро развивающиеся параноидный или кататоно-гебефренный синдром.

Редко встречается *острый полиморфный синдром*, продолжающийся в течение нескольких недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимания происходящего страх чередуется с эйфорическим экстазом, плач — с агрессией. Возникают галлюцинаторные эпизоды (голоса, запахи), явления психического автоматизма (звучание собственных мыслей в голове), появляются отрывочные бредовые высказывания, сменяющие друг друга (психиатрическую больницу принимают за родильный дом, тюрьму и т. д.). Этот синдром заканчивается выздоровлением или сменяется параноидной, простой или гебефренной формой.

Течение шизофрении у подростков, как правило, непрерывно-прогредиентное или чаще приступообразно-прогредиентное (волнообразное). Однако у 30 % подростков встречается злокачественное течение, приводящее к тяжелой деградации в течение нескольких лет. В процессе заболевания во время улучшений (ремиссий) преобладает психопатоподобная, апатоабулическая, астеническая, бредовая или аутистическая симптоматика.

Б-ой В., 16 лет. Отец — 40 лет, общительный, вспыльчивый. Мать — 39 лет, мягкая по характеру, склонная к жертвенности.

Ягодичное предлежание. В 1,5 года отдали в ясли. Не мог привыкнуть в течение года к посещению детского учреждения. Часами громко кричал, не реагировал на уговоры.

Переведенный через год в детский сад, уже был спокойней, привык к коллективу. Там участвовал в пении, танцах, читал стихи. Появились друзья. В 3 года после испуга на детских праздниках стал заикаться. Лечение у невропатолога не дало результатов. Был охарактеризован как необычно чувствительный. Через полгода заикание прошло. С этого времени мать воспитывала ребенка без строгих наказаний. Был трудным по характеру. К школе был подготовлен. Общался избирательно. Имел одного друга. В начальной школе учился отлично. В 10 лет мать сообщила о предстоящем рождении ребенка. Мальчик изменился в поведении. После рождения брата относился к нему без особой любви. Его заставляли нянчить малыша. С этого времени появились упрямство, небрежность к внешнему виду, не выполнял гигиенических процедур. Был крайне эгоцентричен, капризен, черств. Обучаясь бальным танцам, достиг больших успехов, выезжал за границу. Родители потратили много сил и средств, чтобы помочь его успехам. Вся семья строила планы на его профессиональную карьеру танцовщика. В 14 лет после скандала из-за некупленных туфель бросил танцы. Никакие уговоры не изменили его решения. Сам переживал отрыв от любимого дела, был в депрессии несколько месяцев. В 10 классе учился в летней гуманитарной школе, чтобы поступить в университетский лицей. Радовался этой перспективе, однако не смог сдать экзамены, так как не приложил усилий для подготовки к ним. Переживал неудачу. Вернулся в свою школу, где работала его мать. Вскоре произошел конфликт с учительницей, которая обвинила его в нарушении логики урока. Прерывал учительницу неуместными вопросами. После предупреждения об исключении был переведен в другую школу. Приспосабливался к новому коллективу с трудом. Считал, что его терпят. Манкировал учебой, попускал уроки. Говорил, что у него нет условий дома. Мать предоставила ему возможность заниматься в школьной библиотеке. Получил выговор. Начал курить, пить пиво, что противоречило его прежним установкам на трезвый образ жизни.

Три года назад появилось подергивание головой. Несколько месяцев тому назад появились необычные «приступы» в виде подергиваний, вытягивания рук, ног, прыжков, метаний, циничной брани. Месяц тому назад перенес бронхит. Последний раз такой «приступ» был недавно. Не ходил в школу. Обычно это происходит вечером, перед сном. Ушел из дома, не желает возвращаться домой. Причину не называет. Уже целый год не называет отца папой. Называет его «этот». Шарахается в сторону при его приближении, сторонится его вещей. Отказывается считать его своим отцом. Мать называет «шлюхой», обвиняет ее в том, что она не бросит «этого». Изменил к матери отношение, хамит ей, нецензурно бранится в ее присутствии. Недоволен поведением матери. За последнее время стал еще более неопрятным, не моется. На замечания матери о грязных носках ответил: «Причем здесь это, когда голодные собаки умирают». Исключение для мытья делал только в квартире дяди, где несколько раз, уйдя из дома, ночевал.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Наиболее существенным изменением познавательной деятельности при шизофрении является нарушение избирательности в структуре широкого круга познавательных процессов.

У детей с благоприятно протекающей шизофренией отсутствуют сюжетные и ролевые игры, они не принимают социальных ролей, не отражают в играх реальные межличностные отношения (семейные). Содержание их игр в одиночку необычно.

Увлечения их односторонни (прослушивают одни и те же мелодии, читают одни и те же сюжеты), продукты их творчества однообразны. Увлечения оторваны от реальности, бессодержательны: сочинения бессмысленных стихов, вычерчивание маршрутов транспорта в вымышленных городах. Увлечения могут быть результатом рано проявившегося интереса к цифрам, шахматам, музыке. Односторонние способности могут достигать достаточно высокого уровня.

У детей раннего возраста отмечается глубокий познавательный дефицит за счет патологии речи или недоразвития репрезентативной и символических систем, а также тяжелое нарушение социального приспособления.

Отмечается также особая неравномерность нарушения интеллектуальной деятельности: трудности выполнения заданий наглядно-конкретного характера при достаточной сохранности вербального мышления и склонности этих больных к вербальным суждениям.

Затруднено овладение орудийными функциями предметов, т. е. у них страдает та сторона психического развития, которая в первую очередь связана с развитием социальных контактов и с усвоением социального опыта.

Асинхронно формируются различные сферы психической деятельности: гипертрофировано развитие абстрактных понятий и их недостаточное организующее влияние на формирование перцептивных обобщений.

Дети с шизофренией опережают здоровых сверстников во всех возрастах по уровню развития обобщения. Неравномерно развивается операционная сторона восприятия. Имеются затруднения в оперировании с предметными изображениями при сохранном оперировании с формальными геометрическими изображениями. Страдают те стороны предметного восприятия, которые формируются под воздействием предметной практики.

Избирательность мышления (актуализация знаний) на всех возрастных этапах значительно хуже, чем у здоровых детей. У больных формирование избирательности восприятия улучшается с возрастом, однако отстает от такового же у здоровых. У больных шизофренией по сравнению со здоровыми детьми меньшая избирательность познавательной деятельности. У них менее устойчивый характер связей и отношений, лежащих в основе формирования обобщенных образцов-эталонов, общих представлений и понятий.

Существует связь между «формализмом» и необычностью мышления, характерной для больных шизофренией. Суть формального подхода к анализу действительности состоит в игнорировании фактора значимости, в отсутствии иерархии, в рядоположенности свойств и отношений. Формальное понятие внутренне родственно псевдопонятию и комплексу. Любой формально общий признак может быть в основе обобщения предметов. Крайний вариант — «вербальный комплекс», когда предметы объединяются по чисто словесной общности, и при этом не учитывается, что одно и то же слово может иметь разные значения и обозначать разные признаки (плащ и ночь обобщаются на том основании, что «могут быть длинными»). Такой формальный подход создает впечатление необычности, оригинальности, чудаковатости мышления. Эти закономерности позволяют объяснить «формальную» сохранность интеллекта, склонность к схематизму, формально-отвлеченному мышлению, возможность выполнения довольно сложных видов мыслительных задач, требующих ориентировки в реальных жизненных отношениях, неадекватность обобщений и суждений, основывающихся на необычных, малозначимых, латентных свойствах и отношениях.

При детской шизофрении имеются сочетанные аномалии: низкий ИК, перцептивные и моторные нарушения, сходные с теми, что имеются у органиков (Birch & Walker, 1966), отклонения в развитии (Bender L., 1947), неврологическая симптоматика (Rutter M. [et al.], 1971).

Детская шизофрения — процесс нарушения созревания, связанный с энцефалопатией. Это психобиологическая сущность, определяемая наследственным предрасположением, ранний физиологический и органический кризис и неспособность создать адекватные защитные механизмы. Поражаются каждый уровень адаптивной функции, интеграция и поведение с тяжелым нарушением в идентификации отношений, телесного образа, ориентации во времени и пространстве и управлении побуждениями. Клиника психоза — формы попытки защитить себя

от первичных нарушений. Классификации детской шизофрении (типы) основывают на формах защитных реакций:

1) псевдодефективный, рано регрессировавший;
2) псевдоневротический;
3) псевдопсихопатический;
4) психосоматический;
5) психотическое состояние;
6) латентная шизофрения (Bender L., 1947).

Социальная изоляция — последствия нарушений в простейшей перцептивной системе (Rechler & Schopler, 1971). P. Schilder тревогу считал основой шизофрении. Пытаясь защититься от этой тревоги, связанной с трудностями идентификации личности, ребенок регрессирует.

Дефект оперирования интермодальной перцептивной информацией — фундаментальный механизм, лежащий в основе детской шизофрении. Ребенок не схватывает пространственные отношения, представленные в различных сенсорных модальностях, т. е. в зрительных, кинестетических и гаптических (Birch & Hertzig, 1967).

Дефицит передачи между различными восприятиями может быть различен у разных детей. Лучше совершают действия, когда объект имеется, чем когда его нет. Нужен ясный телесный образ, для того чтобы совершить эту передачу, нужна адекватная зрительная память. Ребенок не может запомнить моторную активность родителей или не может соотнести ее с собственным телом. Он никогда не может понять свою ключевую ценность, не может никогда использовать ее для коммуникативных целей или для целей прекращения или предвосхищения (De Meyer M. [et al.], 1972).

Флюктуации на сенсорном входе нарушают или препятствуют стабильности образов, способности имитировать, различать себя от «не Я», приводят к нарушениям отношений и речи (Ornitz E., 1971).

Имеются нарушения сенсорной и сенсомоторной интеграции, неспособность соотнести новый стимул с прошлым опытом, что связывается с аноксическим мозговым повреждением ретикулярной активирующей системы (РАС). Это тормозит сочетание сенсорных входов с предшествующим мозговым содержанием. Из-за данного повреждения возникает исключительная свобода ассоциаций (Rimland B., 1964).

Гиперактивность РАС приводит к реактивным усилиям уменьшить сенсорный поток посредством замкнутости, стереотипий, избегания взгляда (Hutt S., Hutt E., 1970).

Предсказание шизофрении у младенца зависит от обнаружения у него отклонений в психомоторном развитии, комбинаций отсталости и преждевременного развития (Fish B., 1966).

В младенчестве и в младшем дошкольном возрасте отмечается неадекватная интеграция ЦНС, которая нарушает растущую реактивность, мышечный тонус, вестибулярные функции, проприоцепцию, вегетативную стабильность и приводит к меняющимся и искаженным образцам развития. Психика шизофреника отражает меняющийся уровень интеграции ЦНС, связанный с колеблющимся вниманием и меняющейся активностью (Fish B., 1971).

Патопсихология детской шизофрении — недостаточная организация «эго», связанная с нарушениями внутрисемейных отношений (Goldfarb W., 1963).

По мнению L. Despert, дефектная сенсорная фаза приводит к недостатку сексуальных влечений в последующие годы и становится основой шизофрении.

У подростков-шизофреников возбудимость установки (по Д. Н. Узнадзе) заметно снижена как в тактильном, так и оптическом анализаторе. Фиксированная

установка стойка, инертна, стабильна, константна в тактильном анализаторе и вариабильна в оптическом. Она груба, генерализованна и частично иррадиирована. Таким образом, установка характеризуется инертностью и интермодальной диссоциацией, что указывает на своеобразие психодинамической подвижности личности больных шизофренией в подростковом возрасте (Ментешашвили И. Т., Местиашвили М. Г., 1967).

ЭТИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Современная *модель шизофрении* основывается на предположении о существовании в процессе развития человека взаимодействия между имеющейся *предрасположенностью*, *уязвимостью или диатезом* (генетическим риском, поражением ЦНС, патологической формой семейных отношений), *провоцирующими стрессами* (смертью близкого человека, жестоким обращением в семье) и *защитными факторами* (высоким уровнем развития интеллекта, социальных навыков или благоприятной обстановкой в семье).

Биологические факторы

Семейное предрасположение. Генетическое происхождение заболевания подтверждается выявлением родства больных, т. е. тем, что у больных шизофренией больше родственников, страдающих этим заболеванием (0,85—1 %). При этом чем ближе кровное родство с больным, тем больше вероятность заболевания шизофренией. Так, у однояйцевых близнецов риск заболевания 31—78 %, что примерно в 3 раза выше, чем у двуяйцевых близнецов 12—15 % (как у братьев и сестер). У родителей этот риск составляет 10—12 %, у дедов, бабушек (дядей, теток, кузенов) — 5—6 %, у внуков — 3 %. Опасность заболеть шизофренией зависит от биологического родителя, а не от приемного. Риск заболевания усыновленного (удочеренного) ребенка такой же (10—12 %), как если бы этот ребенок воспитывался своими биологическими родителями.

Особенно сильное влияние генетических факторов у детей. Число случаев шизофрении среди родственников больных детей в два раза больше, чем среди родственников взрослых, страдающих шизофренией.

Механизм передачи. Генетические влияния определяются скорее множеством генов. Наиболее вероятно участие в передаче предрасположения к шизофрении 6-й и 8-й хромосом. Возникновение психопатологии — результат сочетания генетической уязвимости ребенка и стрессов, что подтверждается наблюдением за усыновленными детьми, имеющими родителей-шизофреников и воспитываемыми в неблагополучных семьях. Внутриутробная краснуха и злоупотребление наркотиками также могут быть средовыми факторами риска.

Дисфункция ЦНС. Предрасположение к шизофрении через гены передается посредством биохимического дефекта или нарушения развития определенной структуры в ЦНС.

Симптомы шизофрении, несмотря на предрасположение, могут не проявляться до 10—15-летнего возраста и позже. Это объясняется *моделью неврологического развития шизофрении,* согласно которой в раннем возрасте в ЦНС нарушаются связи между: префронтальной корой и участками лимбической системы (Selemon L., Goldman-Rakic P., 1999). ЦНС с этими изменениями становится более подверженной дисфункциям под воздействием развития пубертатных гормонов и стрессов (Lewis V., Lieberman L., 2000).

При шизофрении обнаруживается патология в гипоталамусе, лобной коре, некоторых структурах левого полушария (Pennington B., Welsh M., 1995), в ство-

ле, таламусе, в височной доле, гиппокампе, мозолистом теле (Woodruff P. W. R., Murray R. M., 2007). Аномальное расположение нейронов происходит в период нейронной миграции на поздних стадиях беременности. При шизофрении медиальная темпорально-префронтальная корковая «сеть» находится в состоянии дисфункции. Перинатальное повреждение гиппокампа может привести в дальнейшем к дисфункции в лобной доле, а в связи с этим к поведенческим, когнитивным и аффективным расстройствам, именуемым шизофренией (Kotrla K. J., Weinberger D. R., 2001).

У больных детей при КТ и отчасти МРТ-исследованиях отмечается явное уменьшение объема мозга, которое коррелирует с негативными симптомами психоза. У них также выявляется значимое увеличение боковых желудочков мозга, быстрее увеличивающееся с возрастом в сравнении со здоровыми детьми. Отмеченное у больных уменьшение таламической области также прогрессирует. Таким образом, вероятно, патологическая основа шизофрении у детей состоит не из одного повреждения, а представляет собой непрерывный или многоактный процесс.

Допаминовая гипотеза. В связи с эффективностью препаратов, блокирующих допаминэргическую передачу импульсов в ЦНС, шизофреническую симптоматику связывают с преобладанием в лимбике, а также в коре допамина по сравнению с другими нейротрансмиттерами.

Дисфункция автономной нервной системы. У детей, страдающих шизофренией, аномальная повышенная автономная реактивность. В то же время реакции на новые раздражители снижены и не обнаруживают привыкания, не ослабляются при их повторных предъявлениях, как это имеет место в норме (Jacobsen L., Rapoport J., 1998).

Психонейроиммунологическая гипотеза. Из-за имеющейся активации иммунной системы у больных шизофренией возникновение этого заболевания связывают с вирусным заражением или с аллергией на изменения в организме.

Нейропсихологические дисфункции

Внимание. Наиболее часто у детей-шизофреников встречаются нарушения внимания при идентификации большого объема информации (не 1—3 букв, а 5—10). При этом обнаруживаются отклонения в особенностях вызванного потенциала, что свидетельствует об изменениях в электрической активности мозга (Asarnov R. F., Asarnov J. R., 1998).

Зрение и слух. Рецепция и понимание зрительных и слуховых раздражителей ухудшается, если добавляется задание на удержание в памяти раздражителей или их последовательности перед тем, как отреагировать на них.

Зрительно-моторные и моторные функции. И зрительно-моторная координация, и скорость точной моторики у больных шизофренией хуже, чем в норме. Отсутствие прогресса при повторении заданий предполагает задержку в созревании мозга или неспособность к нему (Jacobsen L., Rapoport J., 1998).

Зрительное слежение. При слежении за движущимся объектом глаз больных шизофренией оказывается впереди него или слежение прерывается раньше времени.

Исполнительные функции. У больных, страдающих шизофренией, гибкое целенаправленное поведение расстроено. Наблюдающиеся персевераторность мышления и дефекты оперативной памяти связывают с повреждениями в лобной доле.

Нарушения мышления. Дезорганизованная речь связана с бессвязностью и алогичностью мышления. Эти нарушения объясняются фиксацией, регрессией с одной стороны и дефицитом внимания — с другой.

Таким образом, из результатов нейропсихологических исследований следует, что у больных шизофренией недостаточно развиты структуры, участвующие в активации и распределении ресурсов, требующихся для переработки информации (Asarnov R. F. [et al.], 1994).

Факторы среды. Детская шизофрения возникает под влиянием наследственного предрасположения, однако даже у монозиготных близнецов оно не реализуется в 100 % случаев. Следовательно, на возникновение шизофрении оказывают влияние инфекционные, токсические, травматические и стрессовые воздействия, вмешивающиеся в развитие ребенка.

Психогенез шизофрении. Психоаналитический подход. Предполагалось, что основным расстройством при шизофрении является нарушение формирования «эго», которое влияет на понимание личностью реальности и управление внутренними потребностями, а это, в частности, может привести к расстройству психосексуального развития, агрессивному поведению. Нарушение же организации «эго» объяснялось последствиями неправильных взаимоотношений между младенцем и матерью, нарушением нерасторжимого симбиоза, не позволяющего ребенку отделиться от матери и развиваться вне ее близости (M. Mahler). В результате больной становился не способным установить устойчивые межличностные взаимоотношения, основой которых могло бы стать чувство безопасности, обычно возникающее при наличии тесной привязанности между матерью и ребенком. Основное расстройство при шизофрении по этой теории — неспособность достигнуть различения между самим собой (своим «Я») и окружающей средой.

По другой гипотезе, дефект «эго» вызывает возникновение враждебности и агрессии, разрушает связь «мать — младенец» и создает незащищенность ребенка от возможных стрессов. Возникновение шизофрении у подростка объясняют тем, что слабое «эго» не способно справиться с возросшими внутренними потребностями, необходимостью отделиться, утвердить собственную личность, удовлетворить потребность к независимости. Различные симптомы имеют символическое значение для каждого больного. Мысли о конце света указывают на переживания больным крушения собственного внутреннего мира. Бред или галлюцинации — заместительная попытка создать новую реальность или выразить потаенные страхи или побуждения. Тревога больных — следствие тревожности их матерей, приведшей к дезинтеграции функции «эго» (S. Sullivan).

Теория обучения. В детском возрасте больные шизофренией усваивают иррациональные реакции и образы мышления, подражая своим родителям, которые сами имеют выраженные эмоциональные трудности. Неспособность освоить социальные взаимодействия — причина нарушенных межличностных связей.

Теории, касающиеся роли семьи. С одной стороны, семейная дисфункция рассматривается как уязвимость, с другой — она является стрессором.

Будущий больной шизофренией в семье может попасть в условия, когда ему придется делать выбор между двумя альтернативами, которые вызывают у него замешательство и являются непереносимыми (Bateson G., 1956).

Предлагаются и другие варианты семейных теорий: 1) «расщепление» между родителями (один из родителей очень близок к ребенку противоположного пола); 2) перекос в сторону связи с одним из родителей (состязание в силе, при котором один из родителей является доминирующим) (Lidz T., 1973); 3) подавление эмоциональных отношений в семье «псевдовзаимными» и «псевдовраждебными» вербальными связями и «однобоким» общением.

По мнению L. Wynne (1981), шизофрения является следствием диффузной или фрагментированной семейной структуры. Размытые образцы взаимодействия

между членами семьи, сочетающиеся с туманными мыслями, затемнением их смысла и неуместностью поведения, характерны для таких семей. Члены семей нередко не соблюдают психологических границ. Это приводит то к отстраненному равнодушию, то к личным обидным замечаниям и конфронтациям. Расплывчатое или разорванное мышление больных шизофренией — интернализация таких семейных взаимодействий. Усилия, предпринимаемые семьей для нарочитой демонстрации общности, приводят к псевдозависимости членов семьи. А за этим обычно скрываются чувства пустоты и бессмысленности.

Патогенной может быть также *схизматическая семья*, в которой чаще бывают девочки. Эта семья характеризуется тем, что неуверенный в себе отец постоянно использует власть для морального подавления и постоянных унижений неуважающей себя или ненадежной жены. Непоследовательное поведение разочарованного в супруге отца проявляется также то в тирании, то в обольщении дочери. Она, пытаясь приблизиться к одному родителю, отстраняет от себя другого, нарушая при этом свое развитие.

Интерес к семейным факторам возобновился в связи с исследованиями эмоциональной экспрессивности. Родители пациентов с шизофренией являются незрелыми тревожными личностями, страдающими из-за многих конфликтов. Отношения между ними часто грубо нарушены и неудовлетворительны. В семье возникает ригидная ролевая структура. Нарушенное равновесие в семье проявляется в том, что члены семьи отличаются раздраженностью, неуравновешенностью и чрезмерной эмоциональностью. Больной ребенок настолько включен в патологическую семейную структуру, что не может самостоятельно освободиться от нее.

Для предсказания о возможном проявлении шизофрении, частоте рецидивов и степени тяжести заболевания имеют значение следующие характеристики семьи: девиантный стиль общения между родителями и детьми; отрицательный эмоциональный фон в семье (высокий уровень критики, внушение чувства вины, чрезмерная эмоциональность); высокая степень эмоциональной экспрессивности в семье.

Социальные теории. В происхождении шизофрении играют определенную роль урбанизация и индустриализация. При этом обращается внимание на стрессы, связанные с фактом проживания людей в промышленных городах.

Все перечисленные факторы, участвующие в возникновении шизофрении, должны быть интегрированы в многофакторную модель этиологии шизофрении. Можно сделать заключение о том, что развитие шизофрении связано с *системой, регулирующей переработку информации.* В этой системе могут возникать нарушения под влиянием разных переменных: органического повреждения ЦНС (вследствие инфекций, гипоксии), интрапсихических факторов (особенности личности), генетических факторов и семейных, а также психосоциальных воздействий (коммуникативные нарушения, эмоциональная экспрессивность, жизненные события). Можно предположить, что эта система отбора и переработки информации связана с лимбической областью (Remschmidt H., 2001).

Интегративная модель Медника. Генетическая предрасположенность к шизофрении нарушает развитие мозга плода (рассеянная дефицитарность развития нервной ткани и перивентрикулярные повреждения). Осложнения при родах могут стать причиной повреждения желудочков мозга, что увеличивает риск возникновения шизофрении. Разлука с родителями и институализация увеличивают вероятность шизофрении в группе с высоким риском. Может иметь, хотя и меньшее значение, негативный аффективный стиль и коммуникативные отклонения в семьях (Cannon T., Barr C., Mednick S., 1991).

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Психотерапевтическая установка

Информация, предоставляемая пациенту, должна быть понятной и простой. Стиль общения между пациентом и специалистом должен быть однозначным. Ответственность у профессионала за свои слова неукоснительная. Персонал должен по возможности не меняться, понимать шизофреническую симптоматику как попытку преодоления жизненных трудностей, усиливать здоровую часть «Я» больного. На поздних стадиях могут перерабатываться возникшие конфликты и пути их разрешения. Цель терапии должна быть по возможности ясна больному. Если удастся так построить отношения с больным, то это будет стимулировать его собственные защитные силы. Следует использовать дифференцированную трудовую терапию, регулярную физиотерапию и физкультуру. Важно создание терапевтической среды. Следует продолжать обучение и при необходимости освоение новых навыков (специальных, трудовых, самообслуживания и т. д.), организовывать свободное время.

Выбор нейролептиков в зависимости от клинической картины (целевых симптомов). Борьба с побочными действиями лекарственных препаратов. Учет возможных сочетающихся с основным заболеванием общесоматических и мозговых болезней. Подбор доз в зависимости от возраста, остроты и степени тяжести симптомов, а также индивидуальных факторов (чувствительности к препаратам, парадоксальной реактивности и т. д.). При остром начале заболевания высокие терапевтические дозы назначаются на период, пока не будет достигнут желаемый эффект. Затем дозы постепенно снижаются и определяются минимальные эффективные дозы, на которых лечение продолжается. В случае менее острых синдромов назначаемые дозы можно постепенно повышать, достигая успешного их действия, а затем на них вести больного.

Задачи психотерапии: корригировать деформированные коммуникативные структуры больных, разорвать порочный круг взаимно подкрепляющей обратной связи между когнитивными дисфункциями и психосоциальными стрессорами, расширять ролевой репертуар, корригировать старые дезадаптивные рисунки поведения, проводить коррекцию личностных образований, участвующих в проявлениях болезни и фиксирующих патологические формы адаптации.

Виды психотерапии: поведенческие методы, когнитивная, суппортивная, инсайт-ориентированная.

Типы вмешательств психотерапевта: эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Таким образом, лечение этого психоза является мультимодальным, а акцент на том или ином средстве зависит от фазы заболевания. Назначение препаратов зависит от синдрома — преобладания неврозоподобных, бредоподобных расстройств, возраста, глубины и тяжести психических расстройств. Этими средствами могут быть алимемазин, хлорпромазин, левомепромазин, перициазин, тиоридазин, трифлуоперазин, флуфеназина деканоат, пипотиазин, галоперидол, хлорпротиксен, клозапин. Рисполепт (респиридон) влияет на продуктивную (42 %) и негативную (39 %) симптоматику. Биолан — регуляторный пептид, усиливает избирательное внимание, улучшает консолидацию памяти, увеличивает адаптационные возможности мозга, повышая его устойчивость к стрессорным повреждениям. Эффективен вместе с нейролептиками, способствует уменьшению психотических, неврозоподобных и соматовегетативных расстройств.

При неврозоподобных, аффективных расстройствах (страхи, тревога, колебания настроения, астенические, астено-депрессивные, астено-адинамические рас-

стройства, а также сочетания психопатоподобных расстройств с гипоманиакальными состояниями) — сочетания нейролептиков с антидепрессантами и транквилизаторами. Стационар 4—12 недель по необходимости.

Тест

1. Шизофрения — это:
а) острое заболевание;
б) хроническое заболевание;
в) прогредиентное заболевание.

2. Характерные признаки шизофрении:
а) нарастающее слабоумие;
б) утрата единства психики, нарастающий аутизм, эмоционально-волевые расстройства;
в) расстройство сознания.

3. Аутизм — это:
а) отгороженность и оторванность от реальности, погружение в мир собственных внутренних переживаний;
б) интравертированность;
в) эгоцентризм.

4. Снижение энергетического потенциала — это:
а) отсутствие инициативы и побуждений к деятельности, снижение воли;
б) депрессия;
в) астения.

5. Эмоциональное оскудение — это:
а) утрата интересов и привязанностей, безразличие и инертность к жизненным побуждениям;
б) абулия;
в) эйфория.

6. Утрата единства психики — это:
а) нарушение логического строя мышления, несоответствие эмоций высказываниям и поведению;
б) расстройство сознания;
в) психический автоматизм.

7. Продуктивная симптоматика — это:
а) галлюцинации, бред, аффективные нарушения;
б) слабоумие;
в) неврологические симптомы.

8. Течение шизофрении:
а) всегда острое;
б) всегда непрерывное;
в) может быть непрерывным и приступообразным.

9. Простая форма шизофрении характеризуется:
а) основной шизофренической симптоматикой, нарастанием эмоционально-волевого дефекта;
б) непрерывным течением;
в) благоприятным исходом.

10. Гебефреническая форма шизофрении характеризуется:
а) возбуждением, не заражающей веселостью, нелепой дурашливостью, манерностью, грубыми нарушениями мышления;
б) психопатоподобным поведением;
в) злокачественным течением.

11. Параноидная форма шизофрении характеризуется:
а) преобладанием в клинической картине стойкого бреда и галлюцинаций;
б) приступообразным течением;
в) отсутствием нарастающего дефекта.

12. Этиология шизофрении:
а) наследственное предрасположение, реализуемое стрессовыми ситуациями;
б) психогенные факторы, связанные с неблагоприятными жизненными обстоятельствами;
в) результат особого развития личности, спровоцированного ранними детскими переживаниями.

13. Ранняя детская шизофрения характеризуется:
а) наибольшей злокачественностью, быстрым развитием аутизма, нарушением речи, рудиментарностью продуктивных симптомов и глубиной дефекта;
б) непрерывным течением;
в) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития.

14. Детская шизофрения характеризуется:
а) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития;
б) наибольшей злокачественностью, быстрым развитием аутизма, нарушением речи, рудиментарностью продуктивных симптомов и глубиной дефекта;
в) разнообразными психопатоподобными симптомами, характерными возрастными синдромами и склонностью к приступообразному течению.

15. Подростковая шизофрения характеризуется:
а) медленным началом заболевания, страхами, фантазиями, нарушением поведения, нарастанием аутизма, замедлением психического развития;
б) разнообразными психопатоподобными симптомами, характерными возрастными синдромами и склонностью к приступообразному течению;
в) отсутствием отличий от шизофрении взрослых.

Литература

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения. — М. : Медицина, 1989.
Вроно М. Ш. Шизофрения в детском и пубертатном возрасте : руководство по психиатрии. — М. : Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 355—372.
Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Раннее распознавание шизофрении. — М. : В. Ш. П., 2002. — С. 18—115.
Детская психиатрия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — М.; СПб. : Питер, 2005. — С. 377—410.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — СПб. : Питер, 2006. — С. 158—184.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. — М. : Медицина, 1979.

Критская В. П., Мелешко Т. К. Психологические особенности больных шизофренией: руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999.—: Т. 1. — С. 495.
Мамцева В. Н., Сосюкало О. Д. Шизофрения. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995. — С. 425—466.
Лаут Г. Расстройства мышления // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауман. — СПб. : Питер, 2007. — С. 789—811.
Личко А. Е. Шизофрения у подростков. — Л. : Медицина, 1989.
Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М. : Медицина, 1974.

Глава 20. ЭПИЛЕПСИЯ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ У ДЕТЕЙ

СОСТОЯНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ПРИПАДКАМИ

У 5—7 % детей возникают эпилептические припадки, т. е. приступы кратковременных нарушений сознания, как правило сопровождающиеся судорожными явлениями. Причины появления этих припадков различны.

Эпилептическая реакция — это реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на резкое повышение температуры тела, тяжелое отравление ядами, инфекционное заболевание, поражение электрическим током, аллергию. Предрасположением к эпилептической реакции могут быть наследственная отягощенность припадками, предшествующее органическое поражение головного мозга, тяжелые истощающие заболевания.

Эпилептические синдромы — припадки, наблюдающиеся при очаговых поражениях мозга (опухолях, энцефалитах, травмах, сосудистых, паразитарных и других заболеваниях), а также при наследственных болезнях обмена веществ (фенилкетонурии), наследственно-дегенеративных заболеваниях (туберозном склерозе, энцефалотригеминальном ангиоматозе).

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия (G40) — хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях, сочетающимися с судорожными проявлениями, и сопровождающееся преходящими расстройствами аффективности (настроения) или сознания, а также стойкими нарушениями психики в форме изменений личности или слабоумия.

Распространенность эпилепсии в детском и подростковом возрасте — 0,5—0,8 %. Более 75 % случаев эпилепсии начинается в первые два десятилетия жизни. Около 30 % больных обнаруживают психические расстройства, требующие лечения. Эпилепсия встречается у 1 % детской популяции и приводит к значительным по степени выраженности психическим расстройствам. Серьезную угрозу это заболевание представляет в период развития и обучения детей, когда наступают характерные для эпилепсии явления органической деменции и эпилептические изменения личности (Троицкая Л. А., 2007).

Клиническая картина

Основным клиническим проявлением эпилепсии является припадок. Эпилептический приступ (припадок) характеризуется внезапно возникающими, короткими по продолжительности (от нескольких секунд до нескольких минут) двигательными, сенсорными, вегетативными или психическими симптомами, происхождение которых связано с очень сильными разрядами нейронов головного мозга.

Виды припадков

Простые фокальные (парциальные) припадки начинаются локально, и при них не наблюдается утрата сознания. Примером могут быть припадки, начинаю-

щиеся с сокращения мышц одной половины лица, с дальнейшим распространением на верхние, а затем и нижние конечности той же стороны тела.

Сложные фокальные (парциальные) припадки характеризуются тем, что при них либо одновременно с началом припадка, либо через некоторое время после его начала нарушается сознание. Сюда относятся психомоторные припадки, при которых появляются автоматические движения или действия, иногда сопровождающиеся звоном в ушах, возбуждением, тревогой или другими психосенсорными, аффективными проявлениями. Примером могут быть приступы, когда ребенок среди сна кричит или бормочет, вскакивает, беспокоится, с выражением страха на лице делает какие-то защищающие движения, а при утреннем пробуждении не помнит о происшедшем.

Припадки с фокальным началом и вторичной генерализацией могут начинаться с локальных мышечных сокращений и завершаться судорожными движениями, охватывающими всю мускулатуру тела.

Генерализованные припадки не имеют локального начала, они характеризуются выключением сознания и при наличии судорог начинаются с мышц обеих сторон тела.

Абсансы (малые припадки) — кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями.

Миоклонические припадки — приступы общего вздрагивания (толчки) иногда со стремительным броском вперед или назад. Обычно резким кратковременным сокращением охватываются не все, но одновременно множество симметричных мышечных групп, что проявляется внезапными и молниеносными движениями различной амплитуды.

Тонико-клонические припадки (большие судорожные) — приступы, проявляющиеся тоническими судорогами (одновременным сокращением мышц-сгибателей и мышц-разгибателей) с последующей сменой их клоническими судорогами (поперемеными сокращениями то мышц-сгибателей, то мышц-разгибателей).

Атонические (астатические) припадки — приступы с внезапным нарушением тонуса постуральных мышц, т. е. мышц, поддерживающих определенную позу человека. В результате может произойти падение тела или голова упадет вперед или опустится нижняя челюсть и откроется рот. Утрата сознания не продолжается больше нескольких секунд. Приступы падения настолько неожиданны, что больной нередко получает серьезные травмы лица. Иногда приступ протекает в форме более длительно развивающегося снижения мышечного тонуса (до нескольких минут).

ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

Генерализованные судорожные припадки

Эти припадки у детей встречаются в 2 раза чаще, чем у взрослых. У них также преобладают атипичные пароксизмы: тонико-клонические, не развивающиеся полностью или ограничивающиеся только тонической или клонической фазами (абортивные припадки). Чаще встречается разнообразие (полиморфизм) приступов у одного и того же больного. У детей чаще, чем у взрослых, наблюдается такое тяжелое осложнение, как эпилептический статус, при котором припадки следуют друг за другом, а у больного в промежутках между ними сознание не проясняется.

Пропульсивные малые припадки

Характеризуются потерей сознания и движениями вперед. Внезапное ослабление постурального мышечного тонуса приводит к разным вариантам приступов.

Салаамовы припадки отличаются тем, что туловище наклоняется вперед, а голова вниз, руки сначала разводятся вверх и в стороны и затем приводятся. *Кивки* выражаются в стремительном толчкообразном рывке головы вперед (падении головы на грудь), напоминая при этом поклон. *Клевки* проявляются рывком головы и туловища (наподобие движения птиц во время поклева). Пропульсивные припадки наблюдаются у 6 % детей с эпилепсией в возрасте от нескольких недель до 6—8 лет. Они составляют основу *синдрома Веста*, при котором эти приступы протекают сериями в несколько десятков или даже сотен в сутки. Пропульсивные припадки сочетаются с неврологическими нарушениями, тяжелым отставанием в психическом развитии (слабоумием) и специфическими изменениями (гипсаритмией) на ЭЭГ.

Миоклонические, астатические, припадки

Являются ведущим проявлением *синдрома Гасто — Леннокса.* При этом синдроме наряду с миоклоническими наблюдаются пропульсивные, атипичные малые и абортивные припадки, а иногда также и большие припадки. Часто наблюдаются нарушения двигательных функций и тяжелое отставание в психическом развитии.

Ретропульсивные (пикнолептические) малые припадки

Характеризуются абсансами (поверхностной и очень кратковременной утратой сознания), сочетающимися с ритмическими закатываниями глазных яблок и такими же ритмически повторяющимися запрокидываниями головы или разгибаниями туловища с одновременными поднятиями рук. Приступы имеют тенденцию к серийному течению (до нескольких сот в сутки). Они входят в состав *синдрома Фридмана*, при котором наблюдаются также большие судорожные припадки. Появляется синдром в возрасте 5—10 лет, чаще у девочек. Прогноз благоприятен, интеллект и личность остаются сохранными.

Импульсивные малые припадки

Это внезапные, мгновенные, симметричные вздрагивания преимущественно плечевого пояса и верхних конечностей. Наблюдаются у больных в возрасте 10—22 лет.

Расстройства сна

В 13 % случаев у детей эпилепсия начинается с расстройств сна. Среди них наиболее часто встречаются ночные страхи, снохождения, крик, смех, плач, сноговорение. Их происхождение может быть объяснено явлениями функциональной диссоциации, когда торможение, охватив кору больших полушарий головного мозга, высвобождает подкорковые структуры с их эмотивностью и двигательным автоматизмом. Кроме того, первыми признаками эпилепсии могут стать необычные сновидения, психомоторные пароксизмы и неожиданные пробуждения.

Предвестники

За несколько часов и даже дней до припадка наблюдаются явления, предшествующие ему. Чаще всего они проявляются в снижении работоспособности, ухудшении сна, тревожно-подавленном настроении, трудно описываемых внутренних ощущениях.

Аура — непосредственный предвестник припадка или простой парциальный приступ. Аура продолжается от нескольких секунд до нескольких минут. Ее важно учитывать для распознавания локализации очага поражения, провоцирующего возникновение приступа. Иногда ауры встречаются изолированно, без последующего припадка. Ауры проявляются моторными, сенсорными, вегетативными или психопатологическими симптомами.

Симптомы, отмечающиеся после припадков

Послеприпадочный сон. От обычного физиологического сна отличается расслаблением мышц конечностей, сфинктера мочевого пузыря (упускание мочи), отсутствием некоторых реакций и рефлексов, появлением патологических рефлексов. Продолжается от нескольких минут до нескольких часов.

Состояние спутанного или сумеречного сознания. По завершении послеприпадочного сна или вместо него может возникнуть расстройство сознания. При этом больной возбужден, порывается встать, куда-то идти, выполняет простые стереотипные действия (одевается, собирает вещи).

Психические нарушения

Психические нарушения у детей и подростков так же разнообразны, как и пароксизмальные состояния. Встречаются астенические состояния, обусловленные перенесенными органическими поражениями головного мозга, нарушения психического развития различной степени выраженности, девиантные формы поведения и аффективные расстройства. Наиболее часто эти виды расстройств сочетаются между собой.

Астенические состояния. С одной стороны, они являются фоном, на котором развиваются припадки и другие психические нарушения, с другой (реже) — они могут стать преобладающей психопатологической симптоматикой. В этом случае в состоянии больных доминирует нервно-психическая возбудимость, общая слабость, высокая чувствительность к внешним раздражителям, быстрая истощаемость, нарушения сна, вегетативные расстройства (колебания артериального давления, частоты пульса и т. д.), головные боли и др.

Нарушения психического развития. У некоторых детей, страдающих эпилепсией, изменения психики либо совсем не обнаруживаются, либо мало заметны при ненаправленной беседе.

Легкое снижение интеллекта наблюдается у 20—25 % больных. У части больных с легкими нарушениями мышления, способностей и памяти нет нарушений характера. У них появляется забывчивость, трудность переключения внимания, умственная медлительность, легкие проявления *олигофазии* (сокращения словарного запаса), ухудшение памяти, сообразительности. Ухудшается успеваемость. В этих случаях психологическое тестирование уже может выявить замедленность психических процессов, снижение уровня обобщения, слабость абстракции. Большая часть детей стремится старательностью, исполнительностью, усидчивостью компенсировать ослабление способностей.

В 9—10 % случаев отмечается выраженное слабоумие. У этих детей с характерными нарушениями мышления, памяти, снижением интеллекта наблюдаются замедленность интеллектуальных процессов, трудности в восприятии и осмыслении, подыскивании слов, формулировании мыслей. Имеют место явления *амнестической афазии*, обуславливающие олигофазию. В значительной степени утрачен запас общих сведений и школьных знаний. Новые сведения приобретаются с трудом. Психологическое исследование выявляет нарушения обобщения, абстракции, памяти. Посильные задания выполняются правильно, но очень медленно. Несмотря на желание учиться, аккуратность и старательность, освоение школьной программы невозможно. Это приводит к плохой успеваемости, к оставлению на второй год. Иногда при большем интеллектуальном снижении падает активность, снижаются интересы и работоспособность. Редко возникающая обида чаще проявляется не гневом и агрессией, а плачем, слезами. При типичной эпилептической деградации, сочетающейся с описываемыми познавательными нарушениями, наблюдаются раздражительность, вязкость отрицательного аффек-

та, злопамятность, мстительность, аффективная взрывчатость. Кроме того, часто встречается умеренная слащавость в форме готовности сотрудничать с психологами, педагогами, врачами, подчеркнутой вежливости при общении с ними. Больные становятся борцами за правду, справедливость и порядок. Они ябедничают на других больных. Эгоцентризм проявляется в жадности, нежелании делиться своими гостинцами и игрушками, оберегании своих вещей от прикосновений других ребят. Такое поведение часто приводит к ссорам и дракам.

При *нетипичных изменениях психики* была органическая грубая деменция (у 1 % больных), проявлявшаяся утратой знаний, навыков, а иногда речи и способности себя обслужить, что нередко приводило к беспомощности и необходимости постоянного ухода. В части случаев слабоумие сочетается с *психопатоподобным поведением*, которое проявлялось расторможенностью влечений (гиперсексуальностью, прожорливостью) и грубой агрессивностью. При этом одни дети становятся злобными, угрюмыми, другие — эйфоричными, дурашливыми.

Интеллектуальные нарушения, как правило, наблюдаются у детей, не поддающихся противоэпилептическому лечению. Развитию стойких психических расстройств способствуют раннее начало припадков, частые и продолжительные генерализованные судорожные припадки, течение болезни с эпилептическими статусами, органические поражения ЦНС, предшествующие эпилепсии. Для развития психических нарушений имеют значение особенности развития эпилептического приступа и выхода из него. Если послеприпадочные расстройства сознания и настроения затягиваются, то течение эпилепсии в этих случаях оказывается злокачественным, приводя к тяжелым изменениям психики.

Девиантное поведение детей, страдающих эпилепсией, является отражением психического состояния больных и их взаимосвязи с окружающей средой. Поведение, с одной стороны, обусловлено доболезненными особенностями личности, эпилепсией, а с другой — факторами социального окружения. Конфликты в семье, неправильное воспитание нередко приводят к девиантному поведению. По клиническим проявлениям девиантное поведение подразделяют на несколько форм: 1) психическую расторможенность; 2) психическую заторможенность; 3) контрастно изменяющееся поведение; 4) психопатоподобное поведение; 5) поведение, в котором доминируют упрямство и негативизм; 6) поведение с садистскими проявлениями и жестокостью; 7) поведение с агрессивными и разрушительными действиями; 8) аутоагрессивность.

У больных с *психической расторможенностью* отмечается раздражительность, возбужденность, непоседливость, чрезмерная подвижность. Их желания постоянно меняются, в связи с этим трудно понять, чего они хотят. Они капризны. Плач нередко сменяется возбуждением и агрессивностью. Больные злопамятны, мстительны, длительно не могут разрядить свои отрицательные аффекты. Расторможенность проявляется в речи и желаниях. Будучи эгоцентричными, они не способны сопереживать, более того, стремятся причинить боль тем, с кем общаются. При наличии преходящих дисфорий наблюдаются аффективная напряженность, злобность, драчливость, издевательство над младшими и слабыми.

Психическая заторможенность характеризуется недостаточной активностью, робостью, безынициативостью, недостаточной самостоятельностью, неспособностью разрешать простейшие житейские задачи. Больные с трудом приспосабливаются к жизни.

Контрастное поведение проявляется послушанием и хорошей успеваемостью в учебном заведении, правильным отношением к своему здоровью и лечению в больнице, а дома — трудным поведением, расторможенностью и деспотичностью.

Психопатизация личности связана с имеющимися у больных эпилепсией эгоизмом и эгоцентризмом, повышенными требованиями к окружающим, формированием повышенной самооценки, недостаточной требовательностью родителей. Психопатизация может проявляться террором близких, вымогательством денег и различных благ у родителей, бездумной тратой средств, беспечными развлечениями и разгульным поведением.

Негативистическое поведение, к сожалению, иногда проявляется в отношении к лечению. В этих случаях дети отказываются от прописываемого лечения, сами себе назначают то, что им при их завышенной самооценке кажется наиболее эффективным.

Аффективные расстройства. Дети, страдающие эпилепсией, отличаются чрезмерной эмоциональной насыщенностью, порой переходящей в постоянную аффективную напряженность. У них самые незначительные раздражители (просьба о помощи, неожиданная оценка, переключение на другую деятельность, шутка) могут стать причиной бурного эмоционального взрыва, негодования и даже агрессии. Аффективная напряженность препятствует приспособлению к жизни и общению с людьми.

Психозы при эпилепсии. Различные психические нарушения обнаруживаются более чем у 40 % детей с припадками. Половина из этих нарушений — синдромы расстройства сознания (оглушение, сумеречные или сновидные состояния), еще почти у половины — эпизоды нарушений настроения (дисфории и очень редко эйфории) и у остальных (3,5 %) — галлюцинаторные и бредовые состояния.

Эпилептический статус — возникновение припадков сериями, когда не происходит прояснения сознания и не восстанавливается ориентировка в промежутках между припадками.

В некоторых случаях, особенно после серии припадков, эпилептического статуса или при неблагоприятном течении эпилепсии, *послеприпадочные состояния* расстроенного сознания затягиваются на десятки минут или несколько часов. Эти послеприпадочные расстройства могут быть в форме оглушенности различных степеней глубины или сумеречных состояний. Реже эти эпилептические эквиваленты (приступы расстроенного сознания) возникают перед припадками или в интервале между ними.

Острая церебральная атаксия наблюдается в 1,4 % случаев эпилепсии у детей после тяжелых и частых припадков, т. е. в 12,6 % от всех эпилептических психических расстройств детского возраста. При этом возникает утрата произвольных движений, понимания речи, экспрессивной речи и всех навыков (самообслуживания, чтения, письма). Появляется двигательное беспокойство, двигательно-статическая атаксия. У большинства больных это расстройство завершается слабоумием. У остальных сохраняются остаточные явления в форме нарушений освоения навыков чтения, письма и счета.

Дисфорические психозы. Дисфорические состояния встречаются у 44,5 % детей, страдающих эпилепсией. Дисфорические же психозы наблюдаются значительно реже — у 2,2 % больных эпилепсией (почти 20 % всех детских эпилептических психозов), большая часть которых имела психомоторные припадки. Самим психозам, как правило, предшествуют частые дисфории, возникающие в промежутках между припадками. Для одних вариантов психозов характерны неприязненность, раздражительность, агрессивность. При других наблюдаются возбудимость, расторможенность, дурашливость, претенциозность, экзальтация, бравада, эйфория. Третьим свойственны обидчивость, замкнутость, вялость, назойливость, подавленность, расстройства сна. Динамика психотических расстройств отличается сменой этих симптомов.

Затяжные сумеречные состояния. В отличие от взрослых у детей они встречаются редко (1,1 %), т. е. в 10,2 % всех эпилептических психозов детского возраста. Нередко возникают при утяжелении заболевания, вслед за кратковременными приступообразно протекающими сумеречными расстройствами сознания. Продолжительность этих психозов может быть несколько недель. Больные пассивны, на окружающее почти не реагируют, сопротивляются осмотру, не отзываются на имя, неопрятны, случается непроизвольное выделение мочи и кала, совершают стереотипные действия.

Психозы с периодическим течением наблюдаются не чаще, чем в 1 % случаев эпилепсии у детей (8,3 % всех детских эпилептических психозов). Клинические проявления этих расстройств — повторно наблюдающиеся депрессивные и маниакальные состояния.

Шизофреноподобные психозы (психозы, по своей клинической картине напоминающие шизофрению) отмечены более чем у 1 % больных детей с эпилепсией, главным образом у имеющих психомоторные и генерализованные припадки. Это составляет 10 % от всех детских эпилептических психозов. Наиболее часто встречаются параноидный, обсессивный, галлюцинаторно-параноидный и депрессивный синдромы, а также аутизм.

Функциональные наслоения при эпилепсии

Примерно у 20 % детей, страдающих эпилепсией, наблюдаются невротические расстройства. С одной стороны, эпилепсия ослабляет психику и организм, уменьшает выносливость по отношению к трудностям жизни, с другой — само заболевание тяжело переживается больными из-за ограничений в деятельности, из-за сниженного социального статуса, из-за непринятия, главным образом в силу существующих предрассудков, окружающими взрослыми и детьми. К наиболее частым причинам психогенных расстройств у детей с эпилепсией следует отнести испуг в связи с нападением, издевательское отношение соучеников, переживание своих неудач в школе. На первом месте среди неврозов у больных эпилепсией — истерия, которая проявляется истерическими сумеречными состояниями, припадками, слепотой, астазией-абазией (неспособностью стоять и ходить), параличами, имитацией припадков, фантазированием и т. д.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЭПИЛЕПСИИ

Нейропсихологический метод исследования позволяет определить локализацию эпилептического очага у детей с разными формами эпилепсии и оценить роль отдельных мозговых структур в развитии мнестических, речевых и других видов деятельности.

Специфика дефицита мнестических функций у больных эпилепсией зависит от локализации очага в право-, левополушарных и срединных структурах мозга.

Нейропсихологический анализ нарушений познавательной деятельности при различной локализации очага эпиактивности позволяет выявить общую интегрированную характеристику отклонений в речи, вербально-мнестической и эмоциональной сферах.

Качественная квалификация симптомов, выявляемых при нейропсихологическом обследовании детей с эпилепсией, позволяет оценить дефицитарность развития высших психических функций, а количественная оценка отражает степень их сформированности.

Своеобразие развития психических функций у детей с эпилепсией может быть одной из ведущих причин низкой школьной успеваемости. Эти дети входят

в «группу риска» дальнейшего неблагополучного психического и интеллектуального развития.

У больных повышен *инстинкт самосохранения*, все их внимание обращено на себя, на свое самочувствие, на свое благополучие, вследствие этого их поведение эгоистично. Они в этой связи стремятся к самоутверждению, а для утверждения своего «Я» им кажется, что все средства хороши. Больные постоянно подчеркивают свои положительные качества, при этом умаляя достоинства и критикуя других. Они очень приземлены, практичны, никогда не утрачивают связь с реальностью. В меру своих интеллектуальных способностей учитывают все обстоятельства, которые им важны и выгодны. Такие больные постоянно и много говорят о себе.

Для таких больных характерна *замедленность*, заторможенность всех реакций, следствием этого оказывается устойчивый, напряженный, вязкий аффект с повышенной раздражительностью. Их инертность проявляется, в частности, в педантизме, привязанности к старым привычкам, неспособности отказаться от заведенного порядка, имеющихся вещей, а также в трудности перехода к чему-либо новому. Эти изменения могут быть обнаружены с помощью *проб Шульте*. Больные совершают поиск чисел в одной таблице в продолжение от 0,5 до 2,5 мин (40—50 норма—с).

Изменения подвижности психических процессов отмечаются уже в начале заболевания. Явления инертности психических процессов обнаруживаются даже при появлении первых нескольких припадков. Эти нарушения подвижности обнаруживаются *пробой на переключение* (попеременное прибавление к заданному числу двух других). Инертность выявляется и при произвольном назывании 60 слов. На это тратится от 6—7 до 14 мин. Многократно повторяются одни и те же слова. Здоровые люди обычно называют слова смысловыми гнездами.

Мышление у больных тугоподвижное, вязкое. В произвольной речи «топчутся» на месте, не могут отвлечься от второстепенных малосущественных деталей. Однако цель высказывания больными не утрачивается. Увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов в процессе выполнения ассоциативного эксперимента подтверждают наличие инертности в мышлении. Отмечаются также запаздывающие речевые реакции (ответные слова относятся к предыдущим словам-раздражителям).

Подбор слов-антонимов также обнаруживает *инертность мышления*. В то же время оскудевший лексикон больного приводит его к созданию слов противоположного значения путем прибавления к заданному слову приставки «не». Нередко в словесном эксперименте встречаются реакции-штампы (яблоко — груша). При слабоумии реакции больных стереотипны, однообразны — на все раздражители дают ответ 2—3 словами («хороший» или «плохой», «знаю» или «не знаю»). Если словесные реакции больного показывают его отношение к словам-раздражителям, обозначающим предметы, то это может отражать изменения личности больных и их эгоцентризм. Включение себя в ситуацию при выполнении заданий «пиктограммы» также связывается их с эгоцентризмом.

Беседа с больным уже может выявить необычную обстоятельность, склонность к детализации. Это особенно ярко проявляется при описании сложных картин или пересказе текста. Подмечая несущественные детали, они чрезмерно фиксируют на нем внимание. Несмотря на такое «застревание», больные могут не уловить содержание воспринимаемого. Особенную склонность к детализации они проявляют при выполнении заданий на установление *последовательности событий по серии рисунков*.

Снижение уровня процессов обобщения и отвлечения выявляется в процессе выделения существенных признаков предметов. При исследовании *методикой ис-*

ключения больные обстоятельно характеризуют каждый предмет и либо не находят между ними отличий, либо утверждают, что они ничего общего между собой не имеют (очки, часы, весы, термометр).

Классификация предметов осуществляется по конкретно-ситуативному признаку. В процессе классификации образуются мелкие, близкие по содержанию группы: посуда металлическая и стеклянная.

Складывание картинок из отдельных частей осуществляется непланомерным синтезом. Обычно используется метод проб и ошибок. Задание выполняется педантично, тщательно, скрупулезно. Однако руководствуются не представлением о целостном рисунке, а краями, формой и цветом отдельных отрезков.

Часто наблюдающееся резонерство эпилептиков носит характер компенсаторных рассуждений. Оно проявляется поучительными сентенциями, отличающимися патетичностью и переоценкой своего личного опыта. В то же время эти высказывания неглубокие, поверхностные, бедные по содержанию суждения, содержащие банальные ассоциации или бытовые штампы. Они обычно тесно связаны с конкретными обстоятельствами жизни. Таким образом, в эпилептическом резонерстве сочетаются поучительность суждений с олигофазией. В нем проявляются инертность мышления, актуализация малосущественных признаков и непреодолимые шаблоны.

При *интерпретации юмористических рисунков* больные нередко не понимают отраженного в них юмора, истолковывают сюжет, привлекая собственный жизненный опыт, в непреодолимо инертных представлениях (Блейхер В. М., 1996). Непонимание юмора объясняют тугодумием, склонностью к резонерству, затруднениями в выделении существенного и тенденцией к детализации.

Неплохо понимая смысл *воспринятого*, больной передает содержание увиденного или услышанного медленно и очень застревает на деталях. При этом могут наблюдаться длительные паузы, объясняющиеся медленной приспособляемостью к заданию или возникновением малых припадков.

Результаты *опознания зрительного образа* прямо зависят от степени выраженности интеллектуального дефекта.

Интерпретируя пятна Раршаха, больной не учитывает все представленное ему изображение (Бурлачук Л. Ф., 1975). Для формирования образа он использует одну из деталей изображения, застревая при этом на нюансах (многократно повторяя, например, «хвостик», «нос», «рот», «глазик» и т. д.).

В промежутках между припадками у больных хорошая устойчивость внимания. Ее нарушения чаще всего связаны с нарушением настроения или появлением припадков. Однако серьезно нарушена переключаемость внимания. Больные с большим трудом отрываются от одной деятельности и переходят к другой. Для этого им необходим большой промежуток времени. Иногда, даже перейдя к другой деятельности, они все еще стремятся к ней вернуться. Инструкций экспериментатора оказывается недостаточно, для того чтобы остановить работу. Больной должен ее закончить. Только тогда он прервет свою деятельность.

Одно из частых нарушений при эпилепсии — нарушение *словесной памяти*. Иногда больной не только не помнит задаваемых ему слов, но даже забывает о самом эксперименте, во время которого задача по запоминанию слов была поставлена. Страдает в первую очередь длительная память, поэтому после чтения книги больной забывает о содержании прочитанного. Особенно трудно запоминать отдельные слова, предложенные вне контекста. Зрительная память у больных сохраняется лучше. В ассоциативном эксперименте почти все реакции сопровождаются наглядными образами. У больных с частыми припадками процесс запоминания колеблется в зависимости от состояния больного. Нарушение словесного отвлеченного мышления зависит от расстройств памяти и речи.

Наиболее частые *речевые расстройства — олигофазии*, при которых больной не может назвать самый обычный предмет, не может найти нужное слово для выражения мысли. Нередко употребляются слова с наибольшим количеством слогов: уменьшительные слова (рученька, карандашик), деепричастия (заглядевшись, работавши). Когда больным не хватает слов, они нередко используют для выражения мыслей жесты. Больные не могут рассказывать своими словами прочитанный текст из-за расстройств памяти и речи.

Результаты **опознания зрительного образа** прямо зависят от степени выраженности интеллектуального дефекта.

При неблагоприятном течении эпилепсии, в особенности после припадков, часто возникает *амнестическая афазия*, при которой больной не может назвать самый обычный предмет, но при этом узнает и понимает его назначение.

Исследование больных методикой *называния предметов* или их *изображений,* направленное на изучение номинативной функции речи, являющейся функцией классификации—обобщения, показывает, что чем ниже у них уровень обобщения, тем они больше испытывают затруднений.

Таким образом, в происхождении общей межприпадочной олигофазии участвуют два фактора: амнестическая афазия и эпилептическое слабоумие.

Для больных **затруднителен процесс логического мышления** при нахождении сходства в предметах. Большую продуктивность они проявляют при работе с конкретным материалом. Процесс обобщения у них серьезно нарушен. Это особенно хорошо видно при попытках произвести классификацию картинок. Обстоятельность, наклонность к повторению, застреваемости и персеверациям, невозможность кратких формулировок, затруднения в обобщении возникают на фоне общих изменений личности больных. Ассоциативный процесс в связи с бедностью лексикона и нарушениями мышления очень однообразен.

Воображение больных очень бедное. Они плохо угадывают объекты в незаконченных рисунках. Не способны создать рассказ на заданную тему. Помехой оказываются тугоподвижность психики, снижение памяти и эмоциональная тупость.

Факторы, влияющие на умственное развитие детей с эпилепсией, связаны с началом заболевания, продолжительностью течения, наличием структурных дефектов и нарушением метаболизма головного мозга (Dikmen S., Matthews C., 1999).

В процессе течения эпилепсии нередко развивается нарушение памяти. Первоначально ослабевает произвольная репродукция. Позже расстраиваются удержание и запоминание (Bumke O., 1939). Кривая запоминания у них характеризуется тем, что количество воспроизводимых слов с каждым последующим повторением либо незначительно увеличивается, либо остается прежним. Чем меньше расстройства памяти, тем менее выражена прогрессирующая олигофазия. Исследования расстройств памяти у больных эпилепсией позволяют судить об уровне обобщения, так как между этими нарушениями существует параллелизм (Блейхер В. М., Воронков Г. Л., 1978). Для этих целей рекомендуется использовать шкалу Векслера.

Таким образом, для **эпилептического интеллектуального дефекта** характерно сочетание таких признаков, как понижение количества стандартных интерпретаций, снижение количественных ответов с интерпретацией «пятна» как целого, бедность, стереотипность содержания. По мере нарастания дефекта у больных в создаваемых образах цвет доминирует над формой.

Для латерализации очага у больных эпилепсией используется *тест Роршаха* (Белая И. И., 1978). При левосторонней локализации — психастеноподобные черты, выраженная ригидность психических процессов, эмоциональная скудость

с торпидностью аффекта. При правосторонней локализации — истероформные черты, ригидность выражена меньше. Типичны эмоциональная лабильность и повышенная внушаемость.

При исследовании *методом Вартегга* больные эпилепсией чаще, чем здоровые и больные шизофренией, используют цветные карандаши. Сам рисунок итеративно-детализирующий, нередко с персеверациями. Уменьшение стандартных образов за счет бедности рисунка.

Методика *незаконченных предложений* дает представление о характерологических изменениях и может быть использована для оценки степени выраженности дефекта (Крук И. В., 1996).

Эмоционально-волевая сфера. Больные эпилепсией тяжело переживают свою болезнь, стыдятся ее, очень чувствительны, ранимы, страдают чувством своей неполноценности и стремятся к компенсации. Они не выносят порицаний, от неудач становятся нетерпеливыми, сердитыми, раздражительными, причем этот напряженный аффект сохраняется длительное время. Больные никогда не оставляют обиды не отомщенными. Другие — менее аффективны, менее раздражительны, но вязкие, персеверирующие, с отсутствием переключаемости и инициативы. Они почтительны к взрослым, однако долго помнят даже мелкую обиду и способны отомстить исподтишка. Обычно они ни с кем не дружат. Дети младшего возраста отличаются двигательным беспокойством и неустойчивостью, резкими аффективными вспышками. Они легко переходят от злобности, грубости к ласковости. При дисфориях у больных эпилепсией выявлено снижение среднего условного показателя по всем хроматическим цветам. Наиболее очевидна эта разница в крайних участках спектра (красного — оранжевого и синего — фиолетового). Показатель разницы оценки приятности цвета возрастает от 54 до 74 (Блейхер В. М., 1996). Выполняя задания по методике *соотнесения цветов и оттенков*, больные в состоянии дисфории допускают в 3 раза больше ошибок, чем в спокойном состоянии. Таким способом удается получить объективные данные об эмоциональном состоянии больных.

У больных отмечена **инертность уровня притязания.** Это может быть проиллюстрировано, в частности, тем, что у больных реакция уровня притязания на неудачу оказывается запоздалой. В формировании этого расстройства играют роль как интеллектуальная недостаточность, так и характерологические изменения.

У части больных отмечается большая активность, целенаправленность, хорошая работоспособность. Они трудятся тщательно, аккуратно, с большим чувством долга и ответственности, доводят свою работу до завершения. Чем больше они встречают и преодолевают препятствий, тем становятся стеничнее, и могут стать даже агрессивными.

Matters & Klove (1997), E. Ladavas [et al.] (1999), B. Hermann [et al.] (2000) показали дифференцированные различия работы головного мозга при локализации очага в левой и правой гемисфере. У пациентов с очагами эпиактивности в левой височной доле были выявлены нарушения кратковременной памяти, способности к вербальному обучению.

Отмечается, что эпилептический очаг нарушает речевую доминантность полушарий, уменьшая степень доминирования того полушария, в котором он локализуется.

Расположение очага

Расположение очага эпиактивности в **лобно-височных отделах мозга** у детей с эпилепсией вызывало нарушение произвольной регуляции психической деятельности. Двигательные симптомы проявлялись в дефектах регуляции сложных про-

извольных движений и действиях, которые обозначаются как «апраксия целевого действия». Ведущую роль в «целевой апраксии» играли нарушения речевого опосредствования в регуляции движений. При решении гностических задач, в частности при распознавании изображений «химер», больные теряли задачу, у них нарушался активный зрительный поиск, последовательность в просмотре картин, отсутствовало построение гипотез, т. е. были нарушены структурные компоненты произвольной гностической деятельности. При запоминании словесного материала страдал стратегический аспект деятельности. Дети многократно воспроизводили 4—5 слов из 10, не стараясь запомнить большее количество. При решении арифметических задач у них отсутствовал этап предварительной ориентировки в условии задачи и формировании плана ее решения. Пациенты производили случайные операции с числами, данными в условии задачи, без сличения их с основной целью. Во всех случаях ошибки больными не осознавались и не корригировались.

Расположение очага эпиактивности у детей в **теменно-затылочных отделах мозга** приводило к нарушению зрительно-пространственного кодирования предъявляемого материала, к распаду внутренних пространственных схем и нарушению операций с логико-грамматическими структурами. Счетные операции, имеющие тесную взаимосвязь с пространственными представлениями, также были нарушены у этих пациентов. Нарушения памяти носили вторичный характер и были тесно связаны с первичными гностическими расстройствами. Эта особенность определяла основной характер мнестических дефектов, общий для поражения как височной, так и теменной области. У этой группы больных возникли трудности при выполнении графических проб и оптико-пространственных операций: понимание карт, схем, чертежей, определение времени на циферблате часов без цифр. Имелись проблемы при написании и узнавании букв (симптом зеркального копирования).

У детей с эпиактивностью, локализованной в **затылочных отделах мозга**, при выполнении сенсибилизированных проб (рассмотрении перечеркнутых, перевернутых фигур) возникали дефекты зрительного и зрительно-пространственного гнозиса, заключавшиеся в трудностях зрительного восприятия и отображения пространственных признаков предмета.

Фокус эпилептиформной активности в **задних отделах мозга с правосторонней и левосторонней латерализацией** по-разному отразился на выполнении графических проб. Рисунки этих детей имели свои особенности. У детей с правосторонней локализацией очага эпиактивности отмечалась выраженная пространственная дезорганизация рисунка, вплоть до распада рисунка у некоторых детей. При левосторонней локализации очага эпиактивности дети обнаруживали игнорирование одной части зрительного пространства (чаще левой), особенно при большом объеме зрительной информации, что можно рассматривать как симптом нарушения зрительного восприятия.

Количественно нарушения речи распределены следующим образом: у 16 % детей была выявлена задержка речевого развития, у 2 % отмечалось общее недоразвитие речи, 19 % имели нарушение фонетико-фонематического слуха, у 13 % детей — снижение слухоречевой памяти, у 2 % установлена сенсомоторная афазия, у 1 % выявлена дизартрия, связанная с миоклонией языка.

Слухоречевая память исследовалась с помощью двух тестов: 1) непосредственное воспроизведение 5 слов в заданном порядке и их отсроченное воспроизведение после отвлекающей беседы; 2) запоминание двух групп по три слова. Показано, что на ранних этапах заболевания любая локализация эпилептического процесса (в левом, в правом полушарии или в срединных структурах) сопровождается нарушением слухоречевой памяти.

Поведенческие и эмоциональные расстройства отмечались у 30 % детей с различными формами эпилепсии уже в раннем возрасте. Агрессивное поведение чаще встречалось у мальчиков, чем у девочек. У 8 % пациентов агрессивное поведение наблюдалось уже в раннем детстве до дебюта приступов и было обусловлено органическим повреждением мозга, когнитивными нарушениями и терапией барбитуратами. Агрессия могла проявляться перед приступом, в момент приступа и в межприступном периоде. В продромальном периоде у детей отмечалась раздражительность или вербальная агрессия. Во время приступа агрессия наблюдалась крайне редко. Агрессия в межприступный период чаще встречалась у детей с эпиактивностью в височных отделах. Ведущий синдром — психоорганический — состояние психической слабости, в легкой форме выражающееся повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью, неустойчивостью внимания и другими. При эпиактивности в *левой лобной области* страдала регуляция эмоций, наблюдались повышенная возбудимость, расторможенность, аффективные реакции. При эпиактивности в *правой лобной области* на первом плане происходило повышение эмоционального фона, наблюдалась прямодушная восторженность, эйфория. При эпилептиформной активности в *височных отделах* были страхи (боязнь темноты, передвижения на транспорте, в лифте и др.). Настроение детей с локализацией эпилептиформной активности в *задних отделах* правого и левого полушарий было амбивалентным: подавленность, вялость и заторможенность сменялись возбудимостью, расторможенностью.

Нейропсихологические синдромы при разных формах эпилепсии вариабельны, психологическое содержание их определяется факторами, связанными с локализацией очага эпиактивности, умственным развитием ребенка и степенью тяжести течения заболевания.

Установлена межполушарная асимметрия нейропсихологического дефицита при разном расположении очага эпиактивности. Наибольшая выраженность когнитивной недостаточности наблюдается при расположении очага в *левом полушарии*. Расположение очага эпиактивности в *лобно-височных отделах* может привести к церебральной деменции (распаду простейших программ и целенаправленной предметной деятельности), нарушению поведения.

У детей с эпилепсией, имеющих локус эпиактивности в *теменно-затылочных отделах* головного мозга, отмечаются нарушения конструктивного праксиса и зрительно-пространственного гнозиса, а также трудности в обучении чтению и письму.

При исследовании слухоречевой памяти у детей с локализацией очага эпиактивности в *левом полушарии* на первый план выступают сужение объема произвольного запоминания и тормозимость следов в условиях гомогенной и гетерогенной интерференции, в *правом полушарии* — нарушение воспроизведения заданной последовательности элементов и тормозимость следов при гомогенной интерференции. При локализации очага эпиактивности в *срединных структурах* головного мозга наблюдается ухудшение мнестической деятельности по всем выделенным параметрам.

Максимально согласованными оказались данные нейропсихологической, клинической и нейрофизиологической диагностических процедур при *височных формах* эпилепсии (до 80 %). Нейропсихологический метод является наиболее информативным при диагностике локализации очага эпиактивности на ранних стадиях заболевания.

Предложенные методы нейропсихологической реабилитации и восстановительного обучения оказались эффективными при проведении коррекции нарушенных функций у детей с эпилепсией. Максимальные успехи при проведении

коррекционных мероприятий были достигнуты у детей с умеренной и легкой степенью деменции.

Формы эпилепсии

С. С. Мнухин (1959) описал две формы эпилепсии. *Первая форма* — медленно текущая, или доброкачественная. У таких больных послеприпадочные нервно-психические и соматические нарушения исчезают сравнительно быстро (в течение минут или часов), а явления эпилептического слабоумия развиваются медленно, исподволь, на протяжении многих лет и даже десятилетий. Быстрое исчезновение послеприпадочных расстройств и сравнительно медленное развитие изменений психики имеют место даже у лиц со сравнительно большой давностью болезни, различным характером припадков и достаточной частотой и тяжестью их. *Вторая форма* эпилепсии — остро текущая, или злокачественная. У больных с этой формой послеприпадочные расстройства задерживаются надолго. Эти расстройства, выражающиеся в многообразных картинах оглушения, и особенно в характерных проявлениях амнестической афазии, сглаживаются очень медленно, в течение ряда дней и недель. Они остаются нередко заметными и во внеприпадочные периоды, даже при более продолжительных интервалах между припадками и их умеренной тяжести. Явления эпилептического слабоумия развиваются у больных при этой форме болезни, как правило, очень бурно и бывают обычно очень тяжелыми даже при сравнительно небольшой давности болезни, а иногда и при умеренной частоте припадков.

Ю. А. Яковлева (2007) наиболее характерными для больных эпилепсией считает инертность, тугоподвижность, медлительность и вязкость психической деятельности, которые проявляются в интеллектуально-мнестической, эмоционально-личностной сферах и речи. Трудная переключаемость и замедленность ассоциативных процессов и двигательных реакций выливаются в свойственную этим больным *брадифрению*.

При поражении **левого полушария** течение эпилепсии отличается значительной прогредиентностью и более быстрым формированием эпилептической деменции. У больных этой группы (особенно на ранних этапах болезни) описана склонность к астенодепрессивным переживаниям и ипохондрическим проявлениям. Фон настроения больных снижен, они чрезмерно обидчивы, слезливы, подозрительны, у них наблюдаются дистимии с оттенком вялой депримированности и монотонной ажитированности, тревожности, депрессивно-ипохондрические переживания в связи с болезнью.

При поражении **правого полушария** наблюдаются более выраженные эмоциональная возбудимость и импульсивность, истероформные реакции и недооценка тяжести своего состояния. Характерны также повышенная раздражительность, конфликтность, быстрая смена настроения от напряженной экзальтированности с элементами эйфории и дисфории до агрессивных проявлений.

Некоторые работы посвящены изучению роли межличностных отношений в семье в связи с формированием изменений личности у больных детей. В частности, подчеркивается значение личности родителей в становлении личности ребенка, страдающего эпилепсией, и утверждается, что личностные изменения являются результатом взаимодействия здоровых требований к среде и биологических «потребностей» болезни. Большинство авторов считают, что внутренняя картина болезни у больных эпилепсией формируется под влиянием многих факторов, включая переживания в детском возрасте, которые в свою очередь могут выступать в качестве одного из моментов, формирующих особенности личности больного ребенка. Оптимистическая настроенность, надежда на выздоровление,

борьба с болезнью, высокая коммуникабельность, активная жизненная позиция способствуют социально-психологической адаптации и в какой-то степени отражаются на прогнозе.

Противосудорожная терапия. Длительный прием антиконвульсантов является одним из факторов, способствующих изменениям в психической сфере. По мнению Ch. Dravet, интеллектуально-мнестические нарушения связаны с поздним началом терапии, ее неадекватностью и частыми приступами. Отмечают некоторое выравнивание интеллектуально-мнестических процессов при прекращении приступов в случае правильно подобранной терапии. По мнению К. Ю. Мухина, после достижения стойкой ремиссии ни у одного пациента не наблюдалось полного восстановления когнитивных функций.

Этиология и патогенез

В происхождении эпилепсии могут участвовать разные причины. Среди них нарушения обмена, травмы головы, энцефалиты, последствия общих инфекционных заболеваний, родовые травмы и др. Однако, как полагают, основную роль играют наследственные факторы. Известно, в частности, несколько хромосом (6-я и 20-я), ответственных за некоторые (миоклоническую, одну из младенческих) формы припадочной болезни. При эпилептической болезни выявляется диффузное, мелкоочаговое или локальное поражение ЦНС, которое может играть важную роль в этиологии заболевания. Для возникновения судорожной готовности необходимо предрасположение, а для развития припадка требуется провокация. Риск заболевания эпилепсией, если один из родителей страдает этим заболеванием, составляет от 2 до 8 %, т. е. в 10 раз выше, по сравнению с общей популяцией, что подтверждает наследственную предрасположенность к этому заболеванию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Коррекция изменений психики при эпилепсии у детей проводится в зависимости от формы нарушений, степени их выраженности и возраста больных. Она должна быть комплексной и учитывать медикаментозное лечение. Необходимо создать благоприятную микросоциальную среду и при необходимости включать психотерапию.

Воспитание детей с эпилепсией следует начинать с создания благоприятного психологического климата в семье. Родители, обнаружившие у своего ребенка припадки, испытывают самые разнообразные чувства: от печали и сострадания к ребенку до страха за его здоровье, от сомнений в собственных силах до переживаний того, что они сами во всем виноваты. Распознав действительно мучающие родителей тревоги или сомнения, следует постараться вселить надежду на благоприятное течение событий, при котором ребенок, несмотря на свое заболевание, будет правильно развиваться. При этом придется подчеркнуть, что чем эффективнее будет забота родителей и правильнее выполнение предписаний врачей и советов психологов (педагогов), тем на более оптимистичный прогноз можно будет рассчитывать. При работе с близкими для ребенка людьми очень важно знать особенности этиологии и клинической картины его заболевания. Так, например, если в семье больного имеются случаи эпилепсии, то весьма уместно проинформировать родителей о том, что «наследственная эпилепсия» протекает благоприятно. В то же время необходимо рекомендовать остерегаться чрезмерной опеки ребенка. Он не должен постоянно слышать от родителей о своей немощности, хрупкости и слабости. Родители также не должны рассма-

тривать любые отклонения в поведении как признак эпилепсии и в связи с этим оправдывать ребенка. В противном случае у ребенка возникнет ипохондрическая фиксация на своей болезни с утратой инициативы, низкой самооценкой и неспособностью преодолеть даже минимальные житейские и школьные трудности. Это не означает, что родители не будут требовать соблюдения от больного рекомендованного специалистами режима сна, отдыха, питания. Однако чрезмерные ограничения в физических упражнениях, свободе проведения досуга могут из-за появляющихся у ребенка обид и огорчений оказаться лишь причиной утяжеления психического состояния.

Ребенку необходимо рассказать о существующей у него болезни, чтобы по мере взросления он мог принимать участие в преодолении своего недуга. Если родители не поставят ребенка в известность о состоянии его здоровья, то он, случайно узнав о своей болезни, будет считать ее неприличной и станет ее стыдиться. В связи с этим он не сможет в критических ситуациях воспользоваться должным образом необходимой ему за пределами семьи поддержкой. Ознакомив ребенка с имеющейся у него болезнью, следует постараться предупредить возникновение страхов будущих неудач и насмешек, развеять опасения относительно возможного неблагоприятного исхода припадков.

Ребенок должен существовать в понимающем и поддерживающем его окружении. Придется проинформировать всех тех, с кем соприкасается ребенок (родственников, соседей, воспитателей, учителей), о его недуге и сообщить о минимальных мерах, необходимых для его безопасности во время припадка. В то же время и в школе, и в лагере больной не должен быть лишен свободы инициативы, возможного экспериментирования, а также физических нагрузок. Желательно, чтобы ребенок никогда не оставался без присмотра, однако это не должно означать ограничений во всем, что он захочет сделать.

Организация жизни больного ребенка должна строиться в зависимости от частоты припадков. С тем чтобы уменьшить их число, следует пытаться предупреждать возможность их возникновения. Изучив возможные провоцирующие факторы: заболевания, изменения в состоянии внутренних органов, нарушения питания, тип стрессов, особенности метеорологических условий, фазы луны, геомагнитные колебания и др., придется по мере возможности ослаблять их действие или защищать от них. Наиболее действенным профилактическим фактором является хорошее расположение духа больного. Изжитые страхи, тревоги, предупреждение возможных испугов — вот путь к повышению настроения, а вместе с ним к нейтрализации действия факторов, провоцирующих эпилептические приступы. Стабилизирует аффективную жизнь больных их успешное участие в жизни учебного учреждения, высоко оцениваемая учителями хорошая успеваемость, ободряемая родителями работа по дому.

Воспитание больных время от времени дополняется психотерапией. Последняя может вводиться в практику не только при функциональных наслоениях, но и при неосложненных формах эпилепсии с различными целями. Одной из целей может стать преодоление пессимистического отношения к своему заболеванию из-за различных ограничений, из-за стыдливого отношения к болезни, из-за чувства неполноценности. Другим случаем применения психотерапевтического вмешательства может стать необходимость коррекции невротических наслоений или поведенческих нарушений.

Индивидуальная рациональная психотерапия, например, рекомендуется для помощи при разрешении конкретных проблем, которые могут возникнуть у больного. При неприятии ребенка сверстниками приходится анализировать те стороны поведения, которые вызывают особенно отрицательное отношение к нему со сто-

роны тех, с кем он общается. Следует также сориентировать на правильные реакции в трудных ситуациях, противодействовать возникновению озлобленности, мстительности, научить не обижаться на людей, подвергающих насмешкам.

Групповая психотерапия моделирует значимые для детей ситуации, что позволяет им отреагировать на накопившееся эмоциональное напряжение, приобрести опыт разумного разрешения наиболее часто встречающихся конфликтов и общения в благожелательном окружении. Особенность терапии определяется не только возникшими у больного трудностями, но и своеобразием клинических проявлений его заболевания.

Тест

1. Эпилептическая реакция — это:

а) реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на воздействие вредного экзогенного фактора;

б) припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;

в) любой судорожный припадок.

2. Эпилептический синдром — это:

а) реакция организма в форме эпилептического припадка, возникающая в ответ на воздействие вредного экзогенного фактора;

б) припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;

в) заболевание, проявляющееся пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях с судорогами, а также преходящими и стойкими нарушениями психики.

3. Эпилепсия — это:

а) припадок, наблюдающийся при очаговых поражениях мозга;

б) заболевание, проявляющееся пароксизмальными нарушениями сознания в типичных случаях с судорогами, а также преходящими и стойкими нарушениями психики;

в) любые судорожные проявления, наблюдающиеся у больных.

4. Этиология эпилепсии — это:

а) последствия травматических повреждений головного мозга;

б) последствия воспалительных заболеваний головного мозга;

в) действие различных вредностей в сочетании с наследственной предрасположенностью.

5. Малые припадки — это:

а) кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями;

б) любые бессудорожные припадки;

в) приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами.

6. Большие припадки — это:

а) приступы, проявляющиеся тоническими судорогами и клоническими судорогами;

б) любые припадки, сопровождающиеся расстройством сознания;

в) приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад.

7. Абортивные припадки — это:

а) приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами;

б) кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями;
в) абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук.

8. Миоклонические припадки — это:
а) припадки с потерей сознания, внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса и движением вперед;
б) приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад;
в) абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук.

9. Пропульсивные припадки — это:
а) припадки с потерей сознания, внезапным ослаблением постурального мышечного тонуса и движением вперед;
б) парциальные припадки, начинающиеся локально и не сопровождающиеся утратой сознания;
в) приступы общего вздрагивания (толчки), иногда со стремительным броском вперед или назад.

10. Ретропульсивные припадки — это:
а) абсансы, сочетающиеся с ритмическими движениями глаз, головы и иногда с разгибанием туловища и одновременным поднятием рук;
б) любые малые припадки;
в) припадки без потери сознания и с наклоном туловища назад.

11. Фокальные приступы — это:
а) парциальные припадки, начинающиеся локально и не сопровождающиеся утратой сознания;
б) приступы, ограничивающиеся тоническими или клоническими судорогами;
в) кратковременные (1—15 с) выключения сознания без сопутствующих симптомов или с легкими судорожными явлениями.

12. Аффективные расстройства при эпилепсии — это:
а) слабодушие, эмоциональная лабильность;
б) эмоциональная напряженность после припадков и между ними, при которой незначительные раздражители могут стать причиной аффективного взрыва и агрессии;
в) депрессия.

13. Расстройства сознания (эквиваленты), характерные для эпилепсии, — это:
а) аментивная спутанность;
б) возникающие после припадков или между ними сумеречные состояния с двигательным возбуждением, стереотипными действиями и галлюцинациями;
в) кома.

14. Интеллектуальные нарушения при эпилепсии — это:
а) умственная отсталость;
б) замедленность, обстоятельность, ригидность интеллектуальных процессов, трудности в выборе альтернатив, склонность к детализации;
в) задержка психического развития.

15. Типичные изменения личности при эпилепсии — это:
а) церебрастения;

б) угодливость и слащавость, с одной стороны, и злобность, мстительность — с другой; усердие, педантизм и жестокая борьба за правду и порядок;

в) истероидные изменения личности.

16. Функциональные наслоения при эпилепсии — это:

а) психогенные (невротические) расстройства у больных в связи с переживанием своего заболевания и связанных с ним трудностей в жизни;

б) неврологическая симптоматика, сопутствующая заболеванию;

в) психозы.

17. Эпилептический статус — это:

а) серия припадков;

б) возникновение припадков сериями, когда не происходит прояснения сознания и не восстанавливается ориентировка в промежутках между припадками;

в) разнообразие припадков у одного больного.

Литература

Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А. Эпилептические психозы у детей и подростков. — Л. : Медицина, 1979.

Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков. — М. : Медицина, 1990.

Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер-Пресс, 2006.

Кононова М. П. Эпилепсия // Детская патопсихология : хрестоматия. — М. : Когито-Центр, 2000. — С. 128—148.

Марилов В. В. Частная психопатология. — М. : Академия, 2004.

Мнухин С. С. Опыт клинико-физиологической классификации у детей // VIII Мнухинские чтения. — СПб., 2009. — С. 75—82.

Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.

Глава 21. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС — F43.0 (АФФЕКТИВНО-ШОКОВАЯ РЕАКЦИЯ)

Психогенные реакции этого типа выделяют «исключительно на основании сильного жизненного стрессового события, вызывающего острую стрессовую реакцию». В таких случаях у подростков и детей без видимых психических нарушений в ответ на сильный стресс возникают преходящие расстройства значительной тяжести. Обычно эти расстройства завершаются в течение часов или дней. Как правило, в этих случаях сильное травматическое событие угрожает жизни, т. е. безопасности или физической целостности индивида или эмоционально значимой фигуре. Стрессом может быть переживание землетрясения, наводнения, пожара, автокатастрофы, нападения злоумышленника. В настоящее время такие реакции нередко наблюдаются не только при стихийных бедствиях, но и при массовых катастрофах и военных ситуациях. Психопатологические расстройства в этих экстремальных ситуациях имеют много общего с симптоматикой, возникающей при обычных условиях, когда стресс переживается одним пострадавшим (Александровский Ю. А. [и др.], 1991). Отличия же заключаются в том, что вследствие множественности внезапно действующих факторов происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей. Клиническая картина оказывается более тяжелой и разнообразной. При этом большую роль играют факторы обстановки и смысловое содержание психической травмы. В то же время происшедшее не актуально для личности и не связано с особенностями личности до болезни. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии остаточных явлений после органического поражения ЦНС.

Гиперкинетический вариант острой реакции на стресс (шоковая реакция возбуждения, «двигательная буря») развивается остро. У подростка или ребенка эмоциональный накал сильнейшей тревоги, достигающий панического состояния, приводит к оглушению или сужению сознания (сумеречному состоянию). Потрясенный происходящим, он становится дезориентированным, не узнает близких ему лиц, не понимает окружающего и не реагирует на обращение к нему. Он также не способен замечать холод, жару и другие встречающиеся трудности. Под влиянием страха он внезапно становится суетливым, его действия утрачивают целесообразность. Он мечется, беспорядочно жестикулирует, хватает первые попавшиеся под руку предметы, при этом стереотипно повторяя: «Что делать, что делать?», стонет, причитает, плачет. При утомлении возбуждение может временами сменяться успокоением, которое вскоре снова переходит в хаотическое беспокойство. Иногда двигательная расторможенность проявляется стремлением куда-то бежать, прятаться, укрываться (реакция бегства, фуга). Однако эта активность бесцельна, она не способна защитить в опасной ситуации.

Ступорозный вариант острой реакции на стресс (психогенный ступор, состояние «мнимой смерти») возникает по тому же механизму, что и при первом варианте. В отличие от него панический страх и сумеречное состояние сопровождаются обездвиженностью, оцепенением и полным или частичным отказом от речи (мутизмом). Чаще это состояние не продолжительно, но оно может затянуться.

Разновидностью психогенного ступора может быть *реакция отказа*. Она возникает в ответ на тяжелый стресс и проявляется снижением активности, отказом от пищи, отказом от речи, безразличием ко всему, утратой интереса и отсутствием реакций на происходящее вокруг.

Психогенные сумеречные состояния сознания характеризуются сужением объема сознания, автоматическими формами поведения, двигательным беспокойством и реже заторможенностью. Могут быть галлюцинации и бредовые высказывания. Продолжительность этих состояний от нескольких часов до нескольких суток.

Острый психоз страха характеризуется преобладанием в клинической картине реакции ребенка на тяжелые психотравмирующие обстоятельства интенсивных переживаний страха, ужаса, сочетающихся с аффективным сужением сознания, соматовегетативными расстройствами и двигательным беспокойством. Страх достигает такой силы, что расстраивает мыслительные способности ребенка, делает его не способным руководить своим поведением. Продолжительность психоза — от нескольких часов до нескольких дней. При отягчающих обстоятельствах (патологическая почва, особенности личности) он может затянуться или рецидивировать.

Острая аффективная реакция («реакция короткого замыкания») — это самый короткий ответ на очень трудную ситуацию, продолжающийся от нескольких минут до нескольких часов и завершающийся выраженной астенией. При ней также возникает отчаяние и безысходность или злоба и ненависть, сочетающиеся со страхом за свою жизнь или за жизнь близких людей и сопровождающиеся аффективным сужением сознания. Характер развития эмоционального разряда определяется степенью взрывчатости, сенситивности или тормозимости аффективных проявлений личности. В большинстве случаев эта реакция появляется у детей и подростков, перенесших в прошлом органическое поражение центральной нервной системы или находящихся в астеническом состоянии.

Под влиянием тяжелой психотравмирующей ситуации у детей одновременно с психическими расстройствами появляются разнообразные соматические нарушения. Они связаны с возникновением расстройств вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, что чаще встречается у старших детей, или с расстройствами регуляции желудочно-кишечного тракта, что более характерно для младших детей. Поэтому у детей нередко отмечаются повышение температуры тела, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, тахикардия, обильная потливость, непроизвольное выделение мочи, кала, ознобоподобный тремор и другие сомато-вегетативные расстройства.

Эти острые реакции на стресс являются психогенными психозами. Их возникновение связано с меньшей устойчивостью психики детей к внезапным, тяжелым психическим травмам. Причиной шоковых реакций, например, у дошкольников, особенно при отягощенном преморбиде, могут быть даже незначительные (с точки зрения взрослых) стрессы: нападение злонамеренных взрослых, неожиданное столкновение с животным, внезапная и резкая перемена обстановки (госпитализация).

Течение острых психогенных реакций проходит обычно две фазы. Во время первой фазы преобладает эмоциональное напряжение. Во время второй, если после первой не наступает выздоровления, обнаруживаются явления угнетения со снижением психической и физической работоспособности, падением настроения, подозрительностью и сенситивными идеями отношения. В этом периоде возможно появление психопатоподобного поведения и изменений личности с формированием чувства собственной неполноценности (Гурьева В. А., 1996).

ОСТРЫЕ ИСТЕРИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (F44.8)

Они возникают у подростков в связи с угрозой потерять социальный статус. Это могут быть подростки, привлеченные к уголовной ответственности и находящиеся в местах предварительного заключения, или подростки, опозорившиеся своим аморальным поведением, будучи пойманными в момент прелюбодеяния.

У подростков на фоне острого страха может появиться *ганзеровский синдром* (F44.80), вариант истерического сумеречного состояния. В этом случае на фоне сужения сознания отмечается симптом «миморечи» — неправильные ответы на задаваемые больному вопросы. Кроме того, могут наблюдаться: симптом «мимодействия» — невозможность выполнения простейших инструкций, истерические расстройства чувствительности и иногда зрительные галлюцинации. Ганзеровский синдром обычно возникает как «ажитированный» на фоне речедвигательного возбуждения, расторможенности, иногда после бредоподобных фантазий. Этот психоз длится несколько дней и завершается полной амнезией.

В ряде случаев синдром Ганзера может смениться явлениями *псевдодеменции (ложного, кажущегося слабоумия)*. Псевдодеменция характеризуется «нарочито» неправильными действиями (например, зажигает спичку обратным концом), нелепыми ошибками при решении простейших задач (прибавляя 2 к 3, получает 6), потерей элементарных знаний (не помнит места, где родился). Как неправильные утратой, так и неправильные действия все же отражают известную сохранность представлений о назначении предмета. Неправильный ответ больного родственен правильному — он или прямо противоположен правильному, или сходен с ним, или является ответом на предыдущий вопрос. В содержании ответа всегда можно уловить связь с травмирующей ситуацией. Все ответы при псевдодеменции сходны, их можно заранее угадать (Фелинская Н. И., 1968). Острая псевдодеменция может быть этапом течения реактивного состояния на фоне депрессии и заторможенности. При этом больной отвечает: «Не знаю, не помню», повторяет одни и те же слова, цифры, имеющие отношения к травмирующей обстановке, не может запомнить имен медицинского персонала, соседей по палате. При попытках выполнить письменное задание пропускает буквы, совершает грубые грамматические ошибки.

Синдром пуэрилизма — кратковременный истерический психоз, проявляющийся сужением сознания, детсковатым поведением и соответствующими высказываниями. Механизм появления этих состояний объясняют психогенным регрессом «на стадию детства». Самыми характерными для этого расстройства являются детская речь, детская мимика и движения, детские эмоции. Больные подростки произносят слова с детскими интонациями, высоким голосом, строят упрощенные фразы так, как это делают младшие дошкольники. Ко всем взрослым обращаются на «ты», называют их «дядями» и «тетями». Они трогают все предметы, попадающие на глаза, хватают все яркое, блестящее, прячут в карманах и личных вещах. Преобладающая самостоятельная активность больных — игра, они сами делают игрушки из бумаги, спичечных коробков, играют с ними, изображая голосом звуки, издаваемые локомотивами, машинами, трамваями. Капризничают, как дети, обижаются, надувают губы, топают ногами.

Это кратковременное расстройство обычно быстро завершается полным восстановлением здоровья, однако в некоторых случаях его сменяет другой реактивный синдром.

Б-я А., 16 лет. Поступила в больницу в связи с неправильным поведением. Росла и развивалась без отклонений. В школе с 7 лет. Училась неохотно, получала преимущественно удовлетворительные отметки. Девочка общительная, имеет много подруг, однако часто бывает грубой. Читает мало, духовный мир бедный. В течение последнего года пристра-

стилась к курению, изредка выпивает. Менструации с 12 лет. За полгода до поступления впервые начала половую жизнь. Несколько месяцев назад бросила школу, приехала в город, поступила в качестве рабочей на ткацкую фабрику. Поселилась в общежитии.

За сутки до госпитализации была застигнута комендантом общежития в постели с молодым человеком во время полового акта. Созвав девушек из других комнат, комендант представила больную перед собравшимися людьми в обнаженном виде. Работницы смеялись над ней и осуждали за безнравственное поведение. С этого момента перестала отвечать на вопросы, ни к кому не обращалась. Перестала разговаривать. Той же ночью несколько раз совершала действия, которые соседками были поняты как стремление к самоубийству. Была в связи с этим помещена в больницу.

В отделении в течение первых 4 суток была недоступна контакту. Подолгу сидела в одной и той же позе, устремив свой взгляд куда-то вниз. Пищу принимала из рук персонала, только если ее принуждали к этому. Пассивно подчинялась приказаниям, но на вопросы не отвечала. Нельзя было понять, ориентируется ли она в обстановке и окружающих ее лицах. Все попытки медикаментозного расторможения ни к чему не привели. Только к концу 4-го дня, когда пришла подружка, начала немного разговаривать. После этого контакт стал восстанавливаться. Рассказала, что не отвечала, так как трудно было говорить, да и не хотелось отвечать. Было очень плохое настроение. Однако стало очевидно, что больная далеко не все может вспомнить из того периода, когда была скованной.

После выхода из кратковременного ступора никакой психопатологической симптоматики не было. Свое поведение расценила как предосудительное. Все же отметила: «А где же я буду с Андрюшей встречаться, я ведь в общежитии живу?» Перед выпиской планировала продолжать работать. Однако сказала, что стесняется показаться на глаза свидетелям ее позора.

Здесь приведена краткая история болезни девушки. У нее после душевного потрясения, заключавшегося в переживании позора из-за того, что ее застали во время полового акта, возникла острая реакция. Эта реакция, продолжавшаяся 4 дня, выразилась в полной обездвиженности и мутизме. О наличии измененного сознания можно сделать заключение по амнезии переживаний, имевших место в первые дни острой реакции. Аффект, последовавший за вмешательством в интимную жизнь девушки, был настолько силен, что привел к сужению сознания и двигательной заторможенности. Диагноз: острая психогенная реакция в форме психогенного ступора.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО — (F43.1)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — комплекс психических нарушений, возникающих в связи с экстремальными, опасными для жизни ситуациями.

Этиология

Природные бедствия — ураганы, смерчи, наводнения. Техногенные катастрофы, вызванные действиями человека, взрывы, пожары, транспортные происшествия, биохимические, химические и ядерные аварии. Умышленные бедствия — террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны. Акты агрессии, насилия.

История

Первоначально ПТСР называлось железнодорожной психической травмой или травматическим неврозом. Только в конце XX в. было описано посттравматическое стрессовое расстройство (Horowitz M. J., 1980).

Диагноз

Для установления диагноза ПТСР помимо описания событий и наблюдений за больными используются также *методики*: Impact of Event Scale (Zilberg N. J. [et al.], 1982); Structured clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer R. L. [et al.], 1987);

Symptom Checklist—90; Life Events Questionnaire (Horowitz M. J. [et al.], 1977); Experience of Stress Scale (Horowitz M. J. [et al.], 1979) и др.

Распространенность

Среди лиц, переживших экстремальные ситуации, до 95 % страдают ПТСР; среди свидетелей — 10 %. В мирное время распространенность ПТСР среди мужчин — 0,5 %, среди женщин — 1,2 %. Менее выраженные расстройства обнаруживаются в 1,1—2,6 на 1000 населения. На территории России может быть до 250—300 тыс. человек, нуждающихся в помощи. 3—5 % пострадавших людей требуется длительная помощь.

Клинические проявления

Острая реакция: растерянность, страх, психомоторное возбуждение или ступор, паника, сужение сознания, мнестические нарушения, а также симптомы, отражающие характер экстремального воздействия. ПТСР возникает в отдаленные сроки, после выхода из стрессовой ситуации. Продолжительность — от нескольких недель до нескольких месяцев. Позже наблюдаются наплывы переживаний с аффективными реакциями и избегающее поведение (Kinzie J. D., 1989), психопатоподобные расстройства. Таким образом, симптомы ПТСР — сочетание психопатоподобных (асоциальных, эксплозивных, истерических) расстройств поведения, усугубляемых алкоголизацией, наркотизацией и тяжелой неврозоподобной симптоматикой. Через 12—14 месяцев могут появиться нарушения сна, отчаяние, безысходность, пессимизм, суицидальные мысли, утрата трудоспособности. В дальнейшем могут сохраняться редуцированные проявления. ПТСР нередко сочетается с алкоголизмом, психосоматическими расстройствами, черепно-мозговыми травмами, ранениями, истощением, сосудистыми нарушениями и др.

Лечение

Назначаются психофармакологические средства: транквилизаторы, антидепрессанты, гипнотики, стабилизаторы настроения, анксиолитики, антиконвульсанты. Применяются психокоррекционные меры: поддержка адаптивных навыков «Я» (положительное отношение к терапии); формирование позитивного отношения к симптомам (воспринимать свои симптомы как нормальные для пережитой ситуации); уменьшение реакций избегания (так как мешает переработать опыт травмы); изменение атрибуции смысла (изменить смысл пережитой травмы — контроль над травмой). Осуществление реабилитационных мероприятий.

Прогноз

Течение ПТСР волнообразное. Может быть затяжное течение с нарастающей психопатизацией, антисоциальным поведением, алкоголизацией, наркотизацией. Продолжительность расстройств от 1 недели до 30 лет и более. Полное выздоровление в 30 % случаев. В 40 % остаются стертые симптомы, в 20 % сохраняются расстройства средней тяжести, в 10 % с течением времени наступает ухудшение состояния. Положительные прогностические признаки: острое развитие симптоматики, небольшая продолжительность расстройств (менее 6 месяцев), отсутствие психической патологии в преморбиде, отсутствие психологических, соматических трудностей в течение расстройства, квалифицированная и социальная поддержка.

Особенности ПТСР у детей

Тревожность, проявлявшаяся как дома, так и за его пределами и сохранявшаяся длительное время; раздражительность, вспыльчивость и нетерпеливость; диссомния в виде чуткого, беспокойного сна со страшными сновидениями и частыми

пробуждениями; расстройство способности к устойчивой концентрации внимания; эмоциональная опустошенность, отчужденность; моторное беспокойство и расторможенность. Реже встречались агрессивность, невыраженная депрессия, дереализация, регрессивное поведение, эмоциональная неустойчивость, страхи покидания дома, школы и др. Спустя несколько месяцев оставались ежедневные воспоминания о криках, стрельбе и взрывах, мечущейся толпе, гибели близких людей, фигурах в камуфляжной форме с бородами. Заметное улучшение к этому времени наступило менее чем у трети детей (Демьянов Ю. Г., Шипицына Л. М., 2006).

Психопатологическая симптоматика у детей и подростков, переживших стихийные бедствия и катастрофы, отличается тяжестью, массивностью, остротой и вместе с тем продолжительностью действия, особенно среди детей, эвакуированных из районов бедствия, подвергшихся тяжелым травматическим повреждениям. Подавляющее большинство детей переносят крайне острые эмоциональные потрясения не только в первые, но и в последующие дни и недели после катастрофы. Взаимное индуцирование тяжелыми переживаниями в стационарах, в местах массового скопления людей в период эвакуации является мощным дополнительным психотравмирующим фактором для формирования у детей и подростков непреходящего состояния тревоги, ожидания повторения происшедшего.

В подостром и отдаленном периоде (до 1 года после катастрофы) у обследованных детей и подростков преобладают тревога, фобии, разнообразные вегетативные расстройства (Ковалев В. В., Асанова Н. К., 1993).

Семейная психотерапия, как правило, включается в комплексную терапию, в которой представлены различные виды биологических, психологических и социальных воздействий. В оптимальном варианте используются и другие виды психотерапии (индивидуальная, рациональная, групповая).

Параллельно ведется психокоррекционная работа с группой родственников, главным образом родителями пациентов, воспитателями, педагогами, членами общественных организаций, принимавшими участие в уходе и наблюдении за больными.

Психотерапевтическая помощь семье ребенка или подростка с синдромом ПТСР вследствие стихийных бедствий и катастроф осуществляется в комплексе с лечением основного нервно-психического заболевания, наряду со специальными мероприятиями, направленными на семью. Семья активно вовлекается в лечебно-восстановительный процесс.

Основными задачами семейной психотерапии детей и подростков, перенесших стихийные бедствия и катастрофы, являются: помощь семье в решении проблем, возникших перед ней в связи с нервно-психическими расстройствами у ребенка или подростка, содействие развитию взаимоотношений в семье по конструктивному пути; ослабление напряженности и тревоги, отвлечение пациентов от психотравмирующих переживаний.

В психокоррекционной работе с родителями и родственниками больных можно выделить два основных аспекта: 1) психотерапевтическую работу с самими родственниками, перенесшими во время катастрофы не менее тяжелую, чем дети и подростки, психическую травму; значительную роль при этом играет рациональная психотерапия с членами семьи, в ходе которой формируется представление о генезе нервно-психических расстройств у детей, раскрываются основные пути преодоления встречающихся проблем; 2) коррекцию отношений родителей или других близких родственников с пациентами в целях уменьшения инфантилизирующего влияния, которое легко фиксируется в данной обстановке.

Основные этапы психотерапевтической работы с семьями детей и подростков, перенесших стихийные бедствия и катастрофы, определяются динамикой психо-

генных переживаний, спецификой соматического состояния. Конкретные цели и задачи психотерапии на каждом этапе зависят от динамики психопатологических расстройств и соматического состояния пациентов.

Психотерапевтические проблемы, которые решаются в ходе практической работы с членами таких семей, заключаются в следующем:

1) проработка альтернативных вариантов реального будущего пациентов за пределами больницы; создание условий для максимально конструктивной выработки личностных позиций в системе отношений больных с окружающими;

2) помощь пациентам в нахождении личностного смысла жизни с учетом происшедших событий;

3) помощь в осмыслении пациентами происшедших в них изменений и в выработке новых ценностных ориентаций (когнитивная психотерапия);

4) подготовка к сообщению о смерти близких и психотерапевтическая помощь после сообщения;

5) лечение болевого синдрома.

Во время практической работы с членами таких семей был выработан своеобразный «набор правил» для членов семьи, в необходимости соблюдения которых они убеждались в ходе семейной психотерапии. Опыт работы показывает, что использование этих приемов при рациональной психотерапии позволяет проводить лечение более направленно, организованно. Основной формой занятий в таких случаях были групповые сеансы. В ходе групповых занятий обсуждался опыт членов семьи, которые активно и успешно устанавливали сотрудничество с социальным окружением в деле психологической и психиатрической коррекции нервно-психических нарушений их ребенка или подростка.

Отмечена определенная связь между психопатологической симптоматикой, динамикой расстройств и поведением родственников, особенностями воспитания, ухода. Появление в семье атмосферы паники с подробным обсуждением всех деталей бедствия, катастрофы оказывало на детей дополнительное психотравмирующее воздействие, способствовало возникновению панических реакций, затяжному характеру переживаний.

Интенсивность фобий, состояний тревоги зависела от непосредственных психических и физических травм во время катастрофы, преморбидных характерологических черт, а также от сложившейся в условиях катастрофы семейной ситуации, в том числе от психического состояния и поведения родителей. Как правило, родители детей, сами находившиеся в тревожно-фобическом состоянии, не только не могли успокоить детей, но нередко поддерживали их страхи.

Во время кризисных ситуаций, связанных с поведением ребенка в отделении (состояния острой тревоги и страха, суицидальные высказывания, агрессивность, угроза побега), родителей привлекают к лечебному процессу, их обучают методам преодоления критических ситуаций.

Лечебная программа обязательно включает упражнения по когнитивной реабилитации (восстановление познавательных процессов), выработке практической активности. Она состоит из 5 стадий: обучение сдерживанию состояний острой тревоги, придание поведению целенаправленного характера, обучение адекватному реагированию и «чувствованию», формирование желания изменить свою жизнь вне лечебного учреждения, приведение в порядок нарушенных отношений.

РЕАКЦИИ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ (F43)

Эти расстройства возникают в ответ на трудные жизненные обстоятельства, обычно лишенные остроты, внезапности и массивности, но, как правило, длитель-

но продолжающиеся. Именно поэтому в этих случаях нет такого интенсивного действия на психику, которое ее временно как бы выключало, защищая от разрушения.

В самом раннем возрасте патогенной может оказаться лишь ситуация, угрожающая инстинктивной жизни ребенка, оставляя его потребности в питании или общении неудовлетворенными. В дошкольном возрасте причиной реактивного состояния могут стать более сложные переживания, связанные с познанием взаимоотношений близких людей (ссоры в семье, развод родителей, появление в семье мачехи или отчима, утрата эмоционально значимой фигуры). У старших детей уже чаще в основе конфликта, приведшего к реактивному состоянию, лежит неудовлетворенность собой, своим положением в семье, разочарование из-за своих неудач или неуспехов в школе. Неправильное воспитание также может быть причиной психогенных реакций. Отсутствие ласки, постоянные запреты и наказания создают серьезное эмоциональное напряжение у детей, и у них чаще, чем у детей из благополучных семей, возникают психогенные реакции. Соматические заболевания повышают готовность к психогенным расстройствам у детей в большей мере, чем у взрослых.

Расстройства адаптации (43.2)

Это психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования. Как отмечает Г. Е. Сухарева (1959), «не всякая реакция на психическую травму может быть отнесена к группе психогенных реакций, а лишь патологическая реакция, т. е. такая, которая достигает большей силы, что делает данного субъекта неприспособленным на более или менее длительный срок». В более легких случаях такие расстройства представлены состояниями, переходящими от здоровья к болезни (предболезнь), а в более тяжелых — болезненными состояниями с преимущественно психическими, психомоторными или психосоматическими расстройствами либо их сочетаниями в структуре неврозов, аномальных развитий личности или психопатий (Ушаков Г. К., 1978).

Возникновению реакций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка, характера условий формирования личности и история сознательных отношений с людьми. В. В. Ковалев (1979) выделяет следующие психотравмирующие факторы:

1) шоковые психические травмы, которые обычно внезапны, отличаются большой силой и угрожают, как правило, жизни или благополучию; чем младше ребенок, тем больше неожиданных изменений ситуации могут стать для него таким психотравмирующим фактором (нападение животного, появление чужого, удар грома);

2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия, но психологически очень значимые (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т. д.);

3) хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ценностные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое или деспотическое воспитание, неуспеваемость и т. д.);

4) факторы эмоциональной депривации составляют группу воздействий, складывающихся из недостатков ухода, заботы, ласки, т. е. таких факторов, которые препятствуют формированию у ребенка привязанности или нарушают ее развитие (разлука с матерью, неспособность матери из-за болезни создать эмоциональную теплую атмосферу и т. д.).

В раннем возрасте наиболее подвержены действию психотравмы дети пассивные, замкнутые, инертные, чрезмерно реактивные или аффективные, незрелые и имеющие те или иные отклонения со стороны вегетативной нервной системы. Среди старших наиболее ранимы дети с такими чертами, как тревожная мнительность, тормозимость, наклонность к страхам, истероидность, психический инфантилизм. Фоном, усиливающим эффект психотравмирующих воздействий, является врожденная и приобретенная церебрально-органическая недостаточность, невропатия, синдром маниакальной мозговой дисфункции. Роль органической недостаточности состоит, в частности, в том, что она способствует развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, заостряемости и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях с людьми.

Влияние возрастного фактора сказывается как в известном возрастном своеобразии клинической картины и динамики нарушений, так и в увеличении риска возникновения психогенных расстройств в переходные возрастные периоды.

Типы кризисных ситуаций. Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакций дезадаптации, можно представить следующим образом:

I. Ранний и дошкольный возраст:

1. Отсутствие или утрата чувства безопасности, защищенности: враждебная, жестокая, эмоционально отвергающая семья, не обеспечивающая надзора и ухода, утрата или болезнь близкого человека, негармоничная семья (распадающаяся, распавшаяся, ригидная псевдосолидарная), чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека), появление нового члена семьи (отчим, мачеха, брат, сестра), противоречивое воспитание или смена его типа, чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

2. Беззащитность из-за отрыва от семьи: помещение в чужую семью, направление в детское учреждение, госпитализация.

II. Школьный возраст (помимо ситуаций, упомянутых выше): невозможность соответствовать ожиданиям семьи (быть отличником, рекордсменом), переживание чрезмерной ответственности за других членов семьи, неприятие семьей, детским коллективом, педагогами, неспособность справляться с учебной нагрузкой, враждебное отношение родителей, педагогов, отрыв от семьи, смена школьного коллектива, перемена места жительства, ситуация, опасная для здоровья (соматическое заболевание), заболевание с предполагаемым фатальным исходом.

Обнаружить эти ситуации иногда довольно сложно, особенно когда родители обращаются не в связи с психическими или психомоторными, а с соматическими симптомами. Нацеленность клинического обследования на выявление у каждого ребенка особенностей психических проявлений и анализ микросоциальной (семейной) ситуации может облегчить выявление серьезных переживаний.

Общей чертой кризисных реакций является утрата или снижение чувства защищенности. Особо тяжелая ситуация складывается у дошкольников с недостаточно сформированным или ранее утраченным этим чувством. Чаще всего это происходит в семьях, где преобладает напряженная, угнетающая и тревожная обстановка, например из-за наличия у родителей психопатических черт или невротичности. Невозможность установления ровных, взаимоуважительных отношений между родителями, постоянные несогласия, ссоры и даже физическая агрессия лишают ребенка уверенности в своей безопасности.

Ваня И., родившийся в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца, в 1,5 года во время избиения матери отцом громко плакал и кричал от страха и сразу же после этого потерял уже приобретенные навыки речи, не мог говорить, только мычал, жестами выражая свои желания.

Такая же психотравмирующая ситуация складывается, когда семья находится на грани распада или уже распалась — дети тонко улавливают скрытую враждебность, безразличие родителей друг другу, взаимные обиды. Часто не зная, на чью сторону встать, будучи привязанными к обоим, дети переживают страх потерять родителей, а с ними необходимое и привычное чувство собственной безопасности.

Не менее трудная психологическая обстановка складывается для ребенка, лишенного любви. Положение еще более усугубляется, если помимо безразличия и отвергания ребенок переживает издевательства, оскорбления, побои. Естественно, что у таких отвергающих родителей ребенок постоянно боится за свое душевное и физическое благополучие и иногда пытается сам изменить свое душевное состояние.

Лена Н., 3 года, растет в семье, где мать недостаточно отзывчива, холодна по отношению к ней, мало ею занимается, стремится устроить свою семейную жизнь, так как отец ребенка ушел из семьи. На фоне общей суетливости и возбудимости девочка стала постоянно и с видимым удовольствием сосать большой палец, а затем у нее появилась привычка, особенно при отрицательных эмоциях, выдергивать волосы у себя на голове.

Если родители чрезмерно требовательны либо в силу своей деспотичности, либо из-за амбиций, то бремя ответственности перед ребенком может оказаться невыносимым и привести его к нервному срыву. В то же время одних испытываемых родителями чувств к ребенку недостаточно. Если они не выражаются в дружеском руководстве, одобрении и при необходимости порицании, то это может привести к тому, что ребенок не сумеет себя защитить в трудных жизненных ситуациях, будет переживать постоянный страх за себя.

Неблагоприятное окружение семьи, например переехавшей на новое незнакомое место, где преобладают чужие язык и культура, вызывает напряжение из-за непонимания, а иногда и из-за предполагаемой или реальной враждебности соседей. Ребенок в таком случае оказывается под воздействием прямо со стороны постоянных жителей (соседей) и опосредованно через других членов семьи, находящихся в состоянии неуверенности, а может быть, и опасений за свою безопасность.

Менее очевидными кажутся возможные переживания детей в связи с изменением состава семьи. Приход отчима или мачехи может казаться незаметным для ребенка и мало волнующим его. Многое зависит от поведения взрослых, от того, кто приходит в семью и кто решается дать ребенку «нового» отца или мать.

Юля П., 12 лет, нелегко приняла отчима. Она была очень привязана к отцу, серьезно пережила его уход из семьи, не успела смириться с потерей, так как это произошло за 3 года до нового замужества матери. Будучи ранее примерного поведения, стала жестокой, неласковой, хуже относилась к матери, легко аффектировалась, била бабушку, нарушились ее отношения в классе.

Иначе обстоит дело, когда рождается брат или сестра. Требуется большая подготовительная работа еще до появления их, много такта и умения в дальнейшем, чтобы ни старший, ни младший не чувствовали себя лишними, нелюбимыми, отвергнутыми. Однако это не всегда удается.

Когда родилась сестренка у Миши Р., 2,5 года, он прогонял родителей, не хотел играть и слушать рассказы старших, не выполнял их просьб, отказывался говорить, плакал, когда брали сестру на руки.

Особенно трудное испытание ждет ребенка, когда он оказывается вне семьи. При этом чем меньше ребенок, чем зависимее от близких, тем тяжелее этот отрыв. Труднее переносят дети такую ситуацию, если их не готовят к ней, лишают всяких связей с родными, обрекают их на неприятные, болезненные процедуры, ограничивают возможности для игры и контактов с другими детьми.

Летний отъезд Кости Ш., 4 года, с санаторной группой вызвал у него резкие изменения поведения в форме плаксивости, раздражительности, непослушания, нарушений сна, снохождений.

Младший ребенок может дать реакцию на попытку устроить его в ясли.

Леня К., 2 года, полностью отказался пользоваться речью, замкнулся, отгородился от окружающих, практически не играл с детьми.

Некоторые неподготовленные дети не могут приспособиться и к детскому саду.

Оля А., 4 года, склонна к выраженным вегетативным реакциям (обмороки). После попытки приобщить ее к коллективу детсада возникли неукротимые рвоты, запоры, эпизодические отказы от еды. Девочка не хотела ни с кем общаться, все время ждала, когда к ней придет мать.

Дети школьного возраста также могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Однако более типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» — они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или воспитателями надежд, или почему-либо им так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают в процессе учебы, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Марина Ч., 10 лет. Не справляясь с программой 3 класса, стала эмоционально неустойчивой, легко возбуждалась, падала на пол, билась головой, срывала уроки и грубила старшим.

Трудно справляться с учебными обязанностями и ребенку, который не смог наладить контакт с педагогом. Не понимая последнего, он либо боится, либо безразличен к происходящему, но и в том и в другом случае не учитывает школьные требования и хуже приспосабливается к ним.

В трудной, а иногда и неразрешимой ситуации оказывается ученик, которого, несмотря на все его стремления, классный коллектив не принимает. При этом чем он старше, тем для него важнее отношение сверстников. Их безразличие, издевательства или презрение могут быть серьезными факторами дезадаптации. Нередко в описанную ситуацию попадает «новичок», переведенный из другого класса или школы. Изменивший привычному месту, оторванный от прежних товарищей, такой ребенок серьезно переживает, если ему не удается благополучно войти в коллектив нового класса.

Ларисе О., 11 лет, пришлось сменить школу. В новом для нее 5-м классе впервые появились затруднения в учебе, стала раздражительной, плаксивей, снизилось настроение, исчезла уверенность в своих способностях, постоянно боялась получить двойку.

В последние годы все больше детей излишне беспокоятся о своем здоровье. Отчасти в этом повинны средства массовой информации, широко распространяющие сведения о болезнях, но в еще большей мере это связано с состоянием здоровья членов семьи: родителей и прародителей. Широко известно, как часто дети повторяют жалобы своих больных мам или бабушек. При этом встречаются как «воображаемые» соматические симптомы, обязанные своим происхождением нервно-психическим расстройствам (ипохондрические состояния), так и настоящие соматические болезни, усугубленные реакцией личности на их физические проявления, ограничения свободы, запрещение подвижных игр и развлечений, сокращение контактов со сверстниками. Несмотря на различие причин, и те и другие способны нарушить приспособление детей.

Для упрощения распознавания уместно сделать несколько замечаний об ипохондрическом состоянии. У дошкольников его проявления наблюдаются редко, а если и бывают, то в форме страхов болезни или смерти. Имеющиеся иногда необычные телесные ощущения (сенестопатии) носят грубый болевой характер: «жи-

вотик лопается», «голову давит». Эмоциональный накал депрессии или тревога, сочетающаяся с ней, крайне выражены и не соответствуют объективным данным о соматическом неблагополучии. У школьников ипохондрические явления чаще представлены страхами либо сенестопатически-ипохондрическими состояниями. Первые характеризуются боязнью заболеть определенной соматической болезнью: «глистами», «сердечной болезнью». Вторые проявляются в необычных, и не только болевых, ощущениях: «жжение в теле», «пузырек мешает в сердце, хочет лопнуть», «давящее чувство в области головы», «тяжесть в теле».

Происхождение ипохондрических идей может быть различно. Они либо возникают без видимой связи с содержанием ощущений и восприятия, либо опираются на общее чувство вялости, слабости, недомогания, плохого самочувствия. Эти мысли могут быть также «объяснением» соматического неблагополучия: неприятных или болезненных ощущений в животе, грудной клетке, в голове и т. д. В тех случаях, когда у больных отмечаются расстройства восприятия собственного тела, или оно ощущается чужим, измененным, ипохондрические явления увязываются с ними.

В противоположность этому выраженность реакции дезадаптации, связанной с соматическим заболеванием, чаще всего соответствует представлениям о его тяжести, имеющимся у ребенка и его окружения.

Слава П., 7 лет 10 мес. В гематологической клинике находится повторно с тяжелой болезнью крови — острым лейкозом. На первом году жизни перенес диспепсию, грипп, пневмонию. Психомоторное развитие по возрасту. Рос общительным и доверчивым, активным и жизнерадостным. Заболел несколько месяцев назад. Родители поддерживают друг друга, не теряют надежды, хотя представляют неизлечимость заболевания. Мальчик стал вспыльчивым, плаксивым, медлительным, подозрительным, часто спрашивает, чем он болен, подслушивает разговоры, расспрашивает детально о лечении, требует внимания, помощи, избегает трудностей. Сторонится детей. На лице страдальческое выражение. Настроение снижено, эмоционально лабилен, плаксив, постоянно вздыхает, жалуется на усталость. Внимание поглощено исходом заболевания, своим будущим. Соматическое состояние тяжелое.

Таким образом, у ребенка в тяжелом соматическом состоянии, фатальный исход которого не вызывает сомнения у врачей и родителей, возникла реакция дезадаптации (астеническое состояние с депрессивными проявлениями). Больной полностью утратил возможность поддерживать свойственный ему ранее образ жизни, изменились его отношения, он, может быть, и не очень ясно, но переживает неизлечимость своего заболевания. Изменения в психическом состоянии очевидны. Труднее категорически утверждать психогенную или соматогенную их природу. Правильнее говорить о сочетании сомато-психогенного влияния. Известно, что само заболевание крови нередко в числе прочих симптомов проявляется и в астении. В то же время депрессивный компонент с ипохондричностью и тревожно-страховым отношением к своему будущему, по-видимому, связан с личностной реакцией на переживание неизлечимого страдания, отражает сложившиеся взгляды родителей и медицинского персонала на роковой исход.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕЗАДАПТАЦИЙ

Характерологические и даже патохарактерологические реакции принципиально обратимы. Но их повторение может привести к упрочению аномального поведения и создать основу для патологического формирования личности. Наряду с другими психогениями, эти реакции участвуют в оформлении психопатий. Отсюда понятна необходимость ранней диагностики нарушений поведения с целью

принятия мер против фиксации патологических личностных реакций. Имеется и другая важная цель — предупреждение нарушений поведения. Для ее достижения применительно к каждому ребенку необходимо: 1) охарактеризовать темперамент, особенности личности, выявить, имеются ли психопатические или акцентуированные (своеобразные) черты; 2) обнаружить или исключить возможность существования органической неполноценности ЦНС; 3) оценить влияние семьи, школьного и другого детского коллектива; 4) изучить материально-бытовое состояние семьи, ее культуру, связь с основным населением; 5) получить данные о развитии ребенка — асинхрония (неравномерность), ретардация (отставание), акселерация (ускорение), характер протекания пубертатного периода, темп полового созревания; 6) диагностировать текущие хронические соматические и другие заболевания и оценить роль перенесенных в прошлом вредностей и болезней.

Роль темперамента в происхождении нарушений поведения хорошо иллюстрируется наблюдением А. Томас [и др.] (1968).

Двое детей в ранние годы жизни обладали такими свойствами темперамента, как нерегулярный ритм сна, медленное привыкание к новым видам пищи, затрудненное усвоение новых навыков, длительный и сильный плач. В возрасте 4 лет они плохо приспосабливались к дошкольному учреждению. В одной семье к ребенку относились без достаточного терпения и понимания. Отец часто раздражался, злился, не скрывая своего отрицательного отношения, был готов по малозначительному поводу наказать ребенка, не уделял ему внимания. Мать, хотя и проявляла больше снисхождения и терпения, была недостаточно последовательной воспитательницей. Этот ребенок к 5—6 годам обнаруживал выраженные расстройства поведения: вспышки гнева, страх темноты, трудности в установлении контактов со сверстниками, лживость. Этот случай убедительно показывает, как свойства темперамента под воздействием неблагоприятного воспитания становятся базой характерологических, а затем и патохарактерологических реакций, вылившихся в конечном итоге в патологическое формирование личности. Однако роль темперамента может быть смягчена при внимательном, терпеливом подходе, как это имело место у другого ребенка, чьи родители отнеслись с пониманием к затрудненному и затянувшемуся периоду приспособления к жизни и людям. Они не отвечали отрицательными эмоциями на проявления его плохого настроения, сохраняли выдержку во всех ситуациях. В результате ребенок, которого долгое время считали трудным, уже к 5—6 годам не проявлял признаков нарушенного поведения.

С чертами эмоционально-волевой неустойчивости нередко связано развитие реакций имитации, предупреждению отрицательных вариантов которой может способствовать организация досуга в рамках спортивных, художественных коллективов или в других кружках по интересам, где всегда есть образцы для подражания и атмосфера, способствующая возникновению положительных «идеалов» (тренеры, руководители, наиболее умелые сверстники и т. п.).

Тормозимый, робкий, пугливый, недостаточно уверенный в себе ребенок более других подвержен появлению реакции отказа. Необходимо учитывать эту особенность и не отрывать его от привычной обстановки или, если отрыв неизбежен, проводить специальную подготовку перед расставанием с родителями. Элементами такой подготовки должно быть откровенное и понятное для ребенка объяснение целей покидания дома, создание психологически благоприятной обстановки в новом месте, выделение лица, которое на время возьмет на себя роль родителей. При необходимости желательно назначение средств, снимающих эмоциональное напряжение (транквилизаторы, седативные препараты). Очень полезна в такой ситуации психотерапия.

Истероидная акцентуация характера чаще других способствует возникновению у детей реакции оппозиции и протеста. Для их избегания требуется много терпения и осторожности, а также авторитет, основанный на любви и нежности к детям. Необходимо тренировать у них способность сдерживать себя и бороться с эгоистическими и эгоцентрическими установками.

Уже было отмечено неблагоприятное значение органической неполноценности ЦНС, утрирующей отрицательные стороны темперамента. Выявление такой неполноценности вынуждает родителей и воспитателей принимать необходимые меры индивидуального подхода, с тем чтобы успешно противостоять возможным нарушениям поведения. У таких детей значительно уменьшается работоспособность, ограничиваются возможности компенсации при дополнительных вредностях. Учитывая это, целесообразно уменьшать, а лучше — исключить все мешающие развитию факторы, так как эти дети очень чувствительны к внешним раздражениям и сами очень раздражительны. Им необходимо создать по возможности более гармоничные, стимулирующие развитие условия среды. В противном случае такие дети, перегруженные учебными занятиями или впечатлениями, дают реакции протеста, которые у них значительно более бурны, а в связи с недостаточными компенсаторными возможностями — менее обратимы. У них в благоприятных условиях легче предотвратить развитие характерологических реакций, чем после их возникновения остановить дальнейшее патологическое развитие личности.

В *предупреждении характерологических реакций* существенную роль может сыграть оптимизация условий воспитания в семье или детском учреждении. В профилактических целях следует внимательно оценивать существующие в семье отношения, тип воспитания и особенности личности членов семьи. Не следует думать, что члены семьи ничего не могут сделать, в частности для исправления уже сложившейся конфликтной ситуации. Наоборот, после доверительных бесед, выявляющих все явные и скрытые опасности для ребенка, существующие в семье, многие задумываются, ищут помощи и поддержки, стремясь создать более благоприятную обстановку. В этот момент могут пригодиться знания и опыт психолога, при конфликтных отношениях между взрослыми иногда он может выступить в роли посредника. В случае невозможности быстрого изменения атмосферы семьи можно рекомендовать временное направление ребенка в место с другими условиями жизни (к прародителям, в санаторий, интернат, круглосуточные детские ясли-сад).

Большое значение имеет *подготовка ребенка к школе*. При этом важны не только уровень интеллекта и минимум знаний, но и, может быть, в большей мере характерологические свойства, которые нуждаются в оценке у каждого начинающего учебу. Своевременное выявление личностно-характерологических возможностей детей и дошкольников могло бы предотвратить отрицательные реакции тех, кто из-за незрелости, безответственности, неорганизованности, безынициативности или неустойчивости еще не готов к учебе и в связи с этим может пострадать от невыносимых для него условий школьной жизни. У детей же, по своим характерологическим особенностям еще не готовых к школе, желательно в семье или в дошкольных детских учреждениях специально воспитывать необходимые для организованного обучения качества. Многие дети к шести годам уже способны освоить школьную программу, однако переход от детского сада к учебе в классе не должен быть резким. По нашему убеждению, не в школе, а в детском саду со своим воспитателем ребенок шести лет должен начинать знакомство с грамотой. Такой постепенный переход от игры в учебу в дошкольном детском учреждении предупредит возникновение характерологических реакций у многих первоклассников.

Оценивая возможности психопрофилактики вообще и нарушений поведения в частности, приходится считаться с *материально-бытовыми условиями семьи*. Трудные жизненные условия семьи оказывают отрицательное влияние на ребенка в нескольких направлениях. В таких условиях ребенком обычно занимаются меньше, усилия семьи недостаточны для подготовки к школьной жизни, для облегчения его общения с целью помочь в овладении школьной программой. Как правило, нет достаточного разнообразия в игровом материале, в оснащении всем необходимым для выработки навыков чтения, письма и счета. Все это, и нередко царящая в таких семьях напряженная психологическая атмосфера, делает таких детей весьма уязвимыми, так как они оказываются малосведущими, менее умелыми в общении, без достаточной домашней помощи. Данный ребенок должен зачисляться в группу риска, требующую помощи и постоянного наблюдения. Нередко наилучшим решением оказываются общие оздоровительные мероприятия. Наряду с этим необходима большая воспитательная работа с родителями, которые во многих случаях не «не хотят», а не знают, как помочь своему ребенку, или не видят его трудностей. Привлечение других организаций для укрепления материально-бытового благополучия может оказаться существенным для улучшения жилищных условий, характера работы родителей, получения предоставляемых государством дополнительных льгот и благоприятно скажется на психическом здоровье ребенка.

Даже легкое отставание, не достигающее выраженной задержки психического развития, у тормозимого, чувствительного, пугливого, необщительного ребенка может стать не только препятствием в освоении учебного материала, но и причиной характерологической реакции (протеста). Не всегда легко разобраться в том, что является основной причиной срыва адаптации: уровень интеллекта, черты характера или и то и другое в равной мере. Чаще всего приходится иметь в виду последнее и направлять профилактические усилия на стимулирование развития и на коррекцию личностных особенностей. Акселерация, помимо определенных соматических трудностей, таит в себе опасность психологических осложнений. Чрезмерно крупные в сравнении со сверстниками дети переживают свою некоторую неуклюжесть, внешнюю измененность, а главное — резкое отличие от сверстников, тем более если становятся объектом насмешек. У детей с астеноневротической, сенситивной (чувствительной), психастенической, истероидной акцентуацией это может привести к характерологической реакции. Защитить акселерированных детей можно лишь совместными усилиями педагогического персонала, медиков и родителей. Необходимо для блага как ускоренно, так и замедленно развивающихся детей разъяснять им и ровесникам понятия о развитии, о различных темпах созревания, о психологических особенностях разных детей. Сказанное относится и к неравномерно (асинхронно) развивающимся детям, возможно, с тем дополнением, что они нуждаются в еще большей психотерапевтической защите.

У подавляющего большинства детей 10—13 лет начинается *пубертатный период*. Это влечет за собой глубокие физические, психологические и социальные последствия. Так, в 12 лет у девочек и в 14 лет у мальчиков начинается бурный рост. Нередко к значительным психологическим переживаниям приводит тот факт, что в 11, 12, 13-летнем возрасте девочки, как правило, выше и имеют бóльшую массу тела, чем мальчики. С одной стороны, некоторые из девочек чувствуют себя «белыми воронами», с другой — у части мальчиков может возникнуть ущемленность своей «неполноценностью». Класс раскалывается на группы по интересам, соответствующим различной степени физической и половой зрелости. Менее зрелые отвергаются, третируются, могут чувствовать себя недостаточно полноценными и реагировать компенсацией, имитацией, а иногда и протестом. Предупредить это

при замедленных изменениях тела в период полового созревания может правильно поставленное половое воспитание. Оно же необходимо и для рано созревающих подростков, так как поможет им привыкнуть, в частности, к возникающим у них проявлениям сексуальности.

Особого внимания заслуживают *дети с хроническими соматическими заболеваниями,* которые могут оказаться причиной затрудненного развития и дополнительных стрессов, мешающих приспособлению к окружению. У таких детей искажается самооценка, нарушаются семейные отношения. В семье стараются уменьшить стрессовое состояние детей приспособлением домашних условий к их возможностям и потребностям, при этом создается отличный от реальной жизни искусственный мир. Когда же ребенок окажется вне этого мира, например в школе, то столкновение с настоящими сложностями вызывает у него смятение, отвергание, протест или другие поведенческие реакции. Необходимо рассматривать, таким образом, детей с хроническими заболеваниями (сердца, эндокринных органов и др.) как группу повышенного риска возникновения нервно-психических отклонений. Предупредить их может раннее интенсивное лечение основного заболевания.

Во время госпитализации у детей должен быть более тесный контакт с родными, широкие возможности для игр и занятий с педагогом. Важно также, чтобы дети школьного возраста обучались по учебной программе. Большой соматической и психологической поддержкой для хронически больных детей может стать санаторное лечение. Оно не только укрепит физические силы, но и расширит кругозор ребенка, снабдит его новым опытом и одновременно даст отдых семье, члены которой могут нуждаться в психологической разгрузке. Очень важно, чтобы медицинский персонал поликлиник, больниц, санаториев, школ разбирался в психологических и образовательных проблемах этих детей.

Перенесенные в прошлом заболевания, истощая физические силы, в некоторых случаях завершаются затяжными состояниями психической слабости. Иногда у ребенка соматическое состояние сочетается с преувеличенными переживаниями тяжести заболевания, страхами за свое здоровье, а у некоторых — с боязнью медицинских процедур, операций и даже смерти. Часть соматических заболеваний способна оставить след в форме органического поражения ЦНС, повреждая сосуды или нервную ткань (тифы, малярия, ревматизм и др.). И перенесенные ребенком в прошлом переживания, и приобретенная органическая неполноценность ЦНС делают его более ранимым, а потому должны учитываться для создания более благоприятных условий адаптации в периоды возрастных кризов и при изменении жизненной ситуации (переездах, поступлении в детское учреждение или в школу).

В случае функциональных нарушений имеются не сопряженные с адаптацией организма изменения в деятельности систем.

Тест

1. Гиперкинетический вариант аффективно-шоковой реакции — это:

а) хаотическая двигательная расторможенность, возникшая в связи с опасностью, угрожавшей жизни;

б) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство;

в) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию.

2. Ступорозный вариант аффективно-шоковой реакции — это:

а) оцепенение и мутизм, возникшие вследствие тяжелого стресса;

б) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию;

в) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности.

3. Психогенное сумеречное состояние — это:
а) сужение сознания как следствие переживания серьезной опасности;
б) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;
в) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности.

4. Острая аффективная реакция — это:
а) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию;
б) острая реакция на угрозу потерять социальный статус;
в) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство.

5. Острая истерическая реакция — это:
а) острая реакция на угрозу потерять социальный статус;
б) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;
в) соматические симптомы, возникшие на основе и вместо депрессивных переживаний.

6. Псевдодеменция — это:
а) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности;
б) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство;
в) депрессия — проявление психоза.

7. Реактивная депрессия — это:
а) стойкое снижение настроения, возникшее в ответ на жизненные трудности;
б) депрессия — проявление аффективного психоза;
в) самый быстрый и короткий ответ на опасную или трудную ситуацию.

8. Соматический эквивалент депрессии — это:
а) соматические симптомы, возникшие на основе и вместо депрессивных переживаний;
б) любая психосоматическая болезнь;
в) оцепенение и мутизм, возникшие вследствие тяжелого стресса.

9. Поведенческий эквивалент депрессии — это:
а) нарушения поведения, замещающие депрессивное расстройство;
б) нарочито неправильное поведение — реакция на житейские трудности;
в) любые нарушения поведения.

Литература

Детская психиатрия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2005.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Депрессия у детей и подростков // Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер, 2006.
Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. — СПб. : Питер, 2000.
Козидубова В. М. Депрессии подростков : дис. ... д-ра мед. наук / В. М. Козидубова. — М., 1992.
Можгинский Ю. Б. Психические болезни у подростков. — М. : Триада, 2003.
Подростковая психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. — М. : Генезис, 2001.

Глава 22. НЕВРОЗЫ (F40.0)

Невроз — реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию. При ней не возникают грубые расстройства личности, нарушения сознания и памяти. Имеющаяся симптоматика больным осознается. Иными словами, невроз — психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся расстройством нервно-вегетативных функций, в связи с чем преобладает соматическая симптоматика. Психические изменения выражаются в простых эмоциональных нарушениях и в повышенной истощаемости психических функций. При неврозах патологические явления обратимы, они этиологически связаны с конфликтной ситуацией.

Распространенность. Особенностью современного этапа развития общества является увеличение психических расстройств за счет неврозов. Однако трудно рассчитать количество детей, больных неврозами, потому что исследователи подходят к ним с разными диагностическими критериями, и их невозможно сопоставить. Неврозы, по разным данным, выявляются у 14—45 % от общего количества детей с нервно-психическими расстройствами. Наибольшее число больных неврозами среди детей школьного возраста. Это число возрастает по мере приближения к завершению обучения. Невротических расстройств в 1,4 раза больше у мальчиков, чем у девочек. Судить о распространенности неврозов у детей раннего возраста можно по числу детей с соматовегетативными расстройствами (3,4 %) и с депрессивными реакциями (0,6 %).

ЭТИОЛОГИЯ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

Психологические факторы

Психическая травма — ведущая причина, ее патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями со множеством предрасполагающих условий: генетически обусловленной «почвы» и «приобретенного» предрасположения, являющегося результатом всей жизни индивида. С целью объяснения патогенеза невроза применяются *психодинамические и когнитивно-поведенческие теории личности* и *происхождения неврозов*. Для понимания их возникновения используется также *полифакторная этиология* невротических расстройств, в которой психологический фактор занимает основное место. По мнению В. Н. Мясищева, невроз — глубокое личностное расстройство, возникающее в связи с нарушением системы отношений личности. В структуре отношений выделяются три компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий (Карвасарский Б. Д., 1990). В патологии эти компоненты отношений оказываются несогласованными. Данные изменения — источник невротических конфликтов и нервно-психического напряжения, которое может контролироваться различного вида защитными психологическими механизмами. Сами конфликты и напряжение полностью или отчасти разряжаются посредством возникновения симптомов. Основное значение при невротической декомпенсации приобретает нарушение отношения к себе, проявляющееся в пониженной и противоречивой самооценке на всех этапах онтогенеза личности. Обнаруженная условная выгодность невротических симптомов для болеющей

личности отчасти объясняет продолжительность течения и трудности лечения неврозов.

Происхождение и оформление клинической картины неврозов в значительной степени определяют *преморбидные* особенности личности. Так, невротические расстройства чаще возникают у лиц с акцентуациями характера и расстройствами личности. Уязвимость первых и нарушенная адаптация вторых ослабляют их сопротивление жизненным трудностям. Чем больше под влиянием неправильного воспитания меняется природный темперамент, тем тяжелее протекает невроз у больных детей. Эмоциональная чувствительность и выраженное чувство «Я» у больных неврозом проявляются в повышенной потребности в эмоциональном контакте, признании, любви и привязанности со стороны близких и в чувствительности к оттенкам их отношения.

Для развития невроза имеет значение и *возрастной фактор*. Средний возраст начала заболевания у детей 6 лет. Начало невроза в старшем дошкольном возрасте объясняется значительной эмоциональностью детей и интенсивным развитием мышления. Именно в этот период больше всего распространены возрастные страхи. В то же время возрастает интерес к общению со сверстниками. Появляется потребность в ролевой идентификации с родителем того же пола при сохранении чувства любви к родителю другого пола. Возникновение у ребенка препятствий на пути удовлетворения этих потребностей, отсутствие чувства безопасности и уверенности в себе, так же как болезненно переживаемый опыт неудач в жизни, приводят к неразрешимому эмоциональному стрессу, а в дальнейшем к невротическому расстройству. По сравнению с дошкольным возрастом, когда неврозы возникают в $^2/_3$ случаев, школьники заболевают реже — не более чем в $^1/_3$.

Социальные факторы

В происхождении неврозов ведущую роль играют супружеские и семейные конфликты (80 % пациентов).

В детском возрасте внутриличностные конфликты нестойкие и рудиментарные, поэтому для формирования неврозов большое значение имеют межличностные конфликты в семье — дисфункция семейного контекста (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

Родители заболевших детей (особенно матери) чаще, чем родители детей в норме, являются более невротизированными, раздражительными, возбудимыми, беспокойными, тревожными, утомляемыми, неуверенными, нерешительными и депрессивными. У них чаще имеются психосоматические расстройства. Они переживают значительное число конфликтов (с семьей, по отношению к себе, прошлому, страхи и чувства вины).

У детей, страдающих неврозами, обнаруживается недостаточное психологическое влияние отца в противовес преобладающему влиянию матери. Бабушки по линии матери характерологически более отягощены в сравнении с дедушками.

Самыми важными из факторов этого ряда считаются трудности в родительской семье (развод, внебрачное рождение, воспитание приемными родителями). Предрасполагают к заболеванию неврозом материнская депривация (16—27 %), неправильное воспитание (избалованность, чрезмерная опека или необычная строгость), несоответствующее половое воспитание (пуризм, распущенность).

Из *социально-психологических* факторов заслуживают внимания наличие единственного ребенка в семье или эмоциональная изоляция одного из детей, если их несколько, недостаточная психологическая совместимость родителей и детей; семейные конфликты. Другие семейные трудности: одностороннее преобладание (доминирование) одного из взрослых (как правило, матери или бабушки

по материнской линии, если она проживает в семье), перестановка или инверсия традиционных семейных ролей, низкая продуктивность совместной деятельности членов семьи и, наконец, известная изолированность семьи в сфере внешних контактов. Среди разнообразных патогенных ситуаций микросоциальной среды выделяют проблему неполных семей, когда ребенок воспитывается одним родителем. Особенно неблагоприятная ситуация складывается, когда мальчик лишен отца и воспитывается матерью.

К социально-культурным факторам формирования невротических расстройств относятся проблемы, связанные с проживанием в большом городе, ускорением темпа современной жизни, недостатком времени, скученностью. Имеет значение также некоторая обезличенность и все более сложный характер межличностных отношений, недостаточные условия для полноценного отдыха и разрядки эмоционального напряжения. Нарушение режима отдыха, сна, питания также достоверно способствует возникновению неврозов.

Социально-экономические факторы включают в себя, во-первых, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия семьи, что является причиной формирования серьезных стрессовых ситуаций в семье и нередко приводит к разводам, во-вторых, постоянную занятость родителей, вследствие чего ребенок лишен полноценного воспитания. Вместе с тем нарастание нервно-психической нагрузки у работающих и занятых семьей женщин сопровождается их большей невротизацией, что также отрицательно влияет на воспитание детей и формирование их личности. К этой же группе относится уровень доходов родителей и взаимосвязь с уровнем невротизации детей. Одной из причин этого часто является конфликт, связанный со свойственной подросткам реакцией группирования и желанием быть похожими на более благополучных в материальном плане сверстников и отсутствием у родителей возможности удовлетворить эти требования.

Патогенность обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании со значимым отношением личности к сложившейся ситуации. В свою очередь особенности личности, системы ее свойств и отношений могут быть поняты лишь из истории ее развития в определенной социально-бытовой среде, прежде всего в семье.

Психическая травма — аффективное отражение в сознании индивидуально значимых событий в жизни, оказывающих гнетущее, беспокоящее и отрицательное в целом действие. Она представляет более конкретное понятие, нежели часто описываемое в качестве причины заболевания неблагоприятное стечение обстоятельств. Психическая травма — осознанное восприятие определенных, значимых для личности событий, их переработка в виде переживаний и развитие негативного аффекта или состояния. Роль психической травмы часто играют жизненные ситуации: испуг, вызванный животным, госпитализация, поступление в детский сад. Как правило, причиной невроза становится хроническая психическая травматизация, например длительное отсутствие родителей при неумелом воспитании дальних родственников.

В связи с возникновением болезненных противоречий, вызванных психической травмой, развивается внутренний психологический конфликт. Основное болезненное противоречие при неврозах — несоответствие требований родителей и воспитания в целом психофизиологическим возможностям детей, особенностям формирования характера и личности (Захаров А. И., 1988).

Биологические факторы

В происхождении неврозов играет определенную роль наследственность, что подтверждает, в частности, конкордантность по неврозам в 23 % у двуяйцевых близнецов и в 45 % у однояйцевых. Патологическая беременность и аномально

протекавшие роды вносят свою лепту в создание предрасположения к неврозам. Перенесенные соматические заболевания отмечены у 42,7 % детей, страдающих неврозами, что подтверждает сенсибилизирующую роль телесных болезней в происхождении невротических расстройств. При этом чаще всего речь идет об общей соматической ослабленности детей. Известное значение имеет резидуальная церебральная недостаточность. Длительно протекающий стресс, вызывающий невроз, приводит и к расстройствам в диэнцефальных отделах мозга.

Наряду с неврозами, в особенности у детей младшего школьного возраста, могут наблюдаться такие психогенные расстройства, как невротические реакции.

Невротические реакции — кратковременные патологические состояния (1—2 мес.), при которых удается выявить психотравмирующий фактор, имеющий большое значение для ребенка. Их причиной могут быть разлука с родителями, поступление в детское учреждение, потеря любимого животного. Клиническая картина реакций относительно разнообразна. Это могут быть тревожно-депрессивные расстройства (плаксивость, недовольство происходящим, беспокойство, суетливость, нарушение сна, отказ от еды, жалобы на боли в животе и т. д.). Другой тип невротической реакции — возникновение навязчивостей (подергивание отдельных групп мышц на лице, подергивание плечами, покашливание и др.). Еще один вариант реакций — истероформные проявления, например аффективно-респираторные приступы (возникновение на высоте негативного аффекта кратковременных задержек дыхания, побледнения, посинения, судорог).

Обычно невротические реакции по мере привыкания ребенка к сложившимся обстоятельствам или при исчезновении психотравмирующего фактора становятся менее выраженными и постепенно исчезают. В неблагоприятных случаях эти реакции становятся начальными симптомами неврозов.

Клинические проявления неврозов разнообразны, они составляют несколько форм.

НЕВРАСТЕНИЯ (F48.0)

Неврастения, реже обозначаемая как астенический невроз, является наиболее распространенной формой. Причина этого невроза — истощение нервной системы из-за чрезмерного и, как правило, длительного физического или умственного напряжения, связанного с отрицательными эмоциями. В основе неврастении лежат раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, которые сочетаются с понижением общего самочувствия. Она проявляется повышенной истощаемостью, постоянной усталостью, сниженной продуктивностью, раздражительностью, неспособностью получать от чего-либо удовольствие, головными болями, головокружениями, чувством внутреннего напряжения, нарушениями сна (трудностями засыпания и сонливостью днем). При одном типе указанные нарушения легко усиливаются при умственном напряжении, утрачивается способность концентрировать внимание, появляются отвлекающие ассоциации или воспоминания. Другой тип характеризуется физической слабостью и истощаемостью при малейших усилиях, появлением мышечных болей и неспособностью расслабиться.

У детей в отличие от взрослых преобладают явления перевозбуждения (повышенная реактивность, психомоторное беспокойство). Часто также отмечаются аффективные вспышки с двигательным возбуждением, агрессией. Выделяют формы невроза с преобладающими вегетосоматическими расстройствами, когда на передний план выступают такие проявления, как анорексия, тошнота, расстройство ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, неприятные ощущения в сердце, обмороки. В связи с этим некоторые авторы выделяют неврозы органов: невроз сердца, невроз дыхательной системы, невроз желудка, невроз мочеполовой систе-

мы. Сами больные с преобладающими жалобами на ту или иную систему внутренних органов обращаются преимущественно к терапевтам, а не к специалистам по болезням нервно-психической сферы. Это затрудняет своевременную диагностику истинных причин невротических расстройств и их лечение.

При психотерапии этого невроза следует учитывать, что в его основе обычно лежит психологический конфликт — возникшее противоречие между требованиями родителей и возможностями детей, которые не могут утвердить себя в каких-то значимых сторонах жизни. Это конфликт самоутверждения или социального соответствия, выражаемый страхом «быть не тем», кто принят, одобряем, пользуется уважением в семье и группе сверстников.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (F44.4—F44.7)

Синонимы истерического невроза — истерия, диссоциативные расстройства движений и ощущений. Истерия — это невроз, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости. Заболевание развивается остро, как правило, в непосредственной связи с переживанием неблагоприятных обстоятельств. В происхождении истерических расстройств большую роль играет механизм «бегства в болезнь», условной приятности, выгодности или желательности болезненного симптома. Симптомы истерии очень разнообразны и изменчивы даже у одного и того же больного. Проявления истерии могут быть психическими (утрата воспоминаний, страхи, ипохондрические проявления, сужение сознания, сновидные переживания, галлюцинации), моторными (параличи, парезы, нарушение походки, судорожные припадки, гиперкинезы, спазмы, афония, мутизм), сенсорными (слепота, глухота, гипо- и гиперестезии, парестезии) и вегетативно-соматическими (нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сексуальные расстройства). Обычно жалобы предъявляются демонстративно, с тем чтобы на них было обращено особенное внимание. Больные подчеркивают необычность, тяжесть, непереносимость болезненных явлений. Они требуют не только повышенного внимания к себе, но и особого специалиста и крайне бережного ухода. Клиническая картина воспроизводит известные больному синдромы: стенокардии (при нетипичной локализации болей), гипертонического криза (при умеренном повышении артериального давления), бронхиальной астмы (при затруднении вдоха, а не выдоха, как это бывает при астме), почечных колик (при которых нет объективных признаков предъявляемого заболевания). Психогенное происхождение имеющихся расстройств больными неизменно и категорически отрицается, приводятся другие причины, которые, как они думают, представляют их в более выгодном свете. Истерическая симптоматика, как правило, возникает у истероидных, слабых, несамостоятельных личностей или на фоне имеющихся негрубых органических нарушений ЦНС. Все реже в настоящее время встречаются острые аффективные вспышки, сопровождающиеся психомоторным возбуждением и сужением сознания («истерические припадки»), провоцирующиеся конфликтами и происходящие в чьем-либо присутствии. Движения, возникающие в этих случаях, напоминают тонические и клонические судороги, сопровождаются криками, стенаниями, плачем. Реакция зрачков на свет сохраняется, не бывает прикусов языка, серьезных повреждений при падении.

У детей истерия может проявляться иначе, чем у взрослых. Наиболее часто наблюдаются астазия-абазия (неспособность стоять при сохранных движениях конечностей), параличи, гиперкинезы (непроизвольные движения), тремор (дрожание), припадки. Отмечаются также судорожное глотание, приступы удушья, психомоторное возбуждение, мутизм, афония, спазмы желудка, кишечника, мочевого пузыря,

повторяющаяся рвота. Могут быть приступы расстроенного сознания (сумеречные состояния, обмороки, состояния, напоминающие псевдодеменцию), аффективные вспышки. У дошкольников нередко встречаются аффективно-респираторные судороги, вызываемые отрицательными бурными эмоциями. Таким образом, можно сказать, что детская истерия отличается преобладанием одного расстройства (моносимптомностью), грубостью и изменчивостью проявлений.

Целью психотерапии должен быть психологический конфликт, характерный для истерии, где ведущим является противоречие между заостренной потребностью эмоционального признания и возможностью его удовлетворения со стороны родителей, проявляемое страхом «быть никем», не значить, не представлять ценности, быть забытым и нелюбимым. Особенность этого конфликта — превышение требований к окружающим над требованиями к себе и отсутствие критики к своему поведению.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ (F40—F42)

Другие названия невроза навязчивых состояний — обсессивно-компульсивное расстройство, фобический невроз. Основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний, т. е. внезапно появляющихся мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов или действий, не связанных в данный момент с содержанием сознания и потому воспринимаемых больными как чуждые, эмоционально неприятные, однако понимаемых как собственные. Критическое отношение к ним побуждает бороться с этими болезненными явлениями. Как правило, преодолеть навязчивости больным не удается или удается лишь на короткое время. В некоторых случаях возникают ритуалы, которыми больной подсознательно защищается от возможных, по его мнению связанных с содержанием навязчивостей, несчастий и неудач.

В основе происхождения невроза — конфликт, возникший из-за противоречий между внутренними тенденциями, влечениями, желаниями и потребностями личности, с одной стороны, и долгом или нравственными принципами — с другой.

У детей невроз навязчивостей в подавляющем большинстве случаев начинается постепенно, спустя значительное время после эмоциональных потрясений. Чаще он возникает у тех детей, у которых с ранних лет отмечались тревожность, немотивированные страхи, мнительность, склонность к созданию запретов. В клинической картине обычно наблюдаются страхи устной речи, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей, острых предметов, покраснения, заражения, космических катастроф. Могут быть и такие симптомы, как элементарные движения или действия — обкусывание ногтей, сосание пальцев, счет или более сложные защитные (чтобы не случилось ничего плохого с больным или родителями) ритуалы (сплевывание, прикосновения к каким-либо предметам, постукивания и т. д.). Реже появляются навязчивые мысли в форме мудрствования («Что будет, если Земля столкнется с кометой?»), воспоминания, сомнения.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного психологического конфликта, характерного для этого невроза — противоречия между чувством и долгом, эмоциональными и рациональными сторонами психики с центральным страхом «быть не собой».

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

Своеобразие клинической картины неврозов зависит от возраста заболевших. Как правило, детские неврозы отличаются одним, наиболее выдающимся симптомом (заикание, тики, энурез), при них чаще всего поражаются ослабленные

болезнями или недостаточно сформировавшиеся органы и системы. В клинической картине очень большое место занимают соматовегетативные проявления, различные формы нарушений поведения, при которых растормаживаются более примитивные способы приспособления (нарушаются пищевое, самозащитное поведение). У детей легко по механизмам условно-рефлекторного подкрепления образуются и закрепляются различные незрелые формы реагирования (например, пассивно-оборонительная реакция — страх).

В раннем детском возрасте среди клинических проявлений преобладает соматовегетативная симптоматика. Она, как правило, возникает в 6—7 месяцев, реже в более раннем возрасте. Дети становятся пугливыми, плаксивыми, не отпускают от себя мать, боятся новых лиц и игрушек, страдают нарушениями сна, расстройствами функций желудочно-кишечного тракта. Отличаются крайней утомляемостью и склонностью к реакциям протеста.

В период *первого возрастного криза* (2—4 года) уже появляются нарушения поведения, среди которых преобладают активные (вспышки возбуждения, агрессия) и пассивные (энурез, энкопрез, анорексия, запор, мутизм) реакции протеста.

Во время *второго возрастного криза* (6—8 лет) невротические расстройства становятся разнообразнее, и среди них могут быть уже системные неврозы: так называемые школьные неврозы (страх посещения школы и в связи с этим рвоты, анорексия, головные боли и т. д.), трудности в поведении (непослушание, склонность к дракам).

В препубертатном возрасте реакции протеста приобретают черты сверхценных образований (например, уходы из дома).

В период полового созревания наблюдаются не соматовегетативные реакции, а ипохондрические состояния, повышенная склонность к возникновению сверхценных идей (дисморфомании, нервной анорексии или булимии), разные формы имитационного поведения (подражания негативному поведению взрослых).

Невротические расстройства у подростков — наиболее распространенный вид нервно-психической патологии. Они в аффективно-заостренной форме отражают многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения, поиска своего «Я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви. Первоначально неврозы представляют собой эмоциональное расстройство, возникающее преимущественно в условиях нарушенных отношений в семье, прежде всего с матерью, которая обычно является наиболее близким для ребенка человеком. Не меньшую патогенную роль играют и отношения с отцом, если он не способен своевременно разрешить личностные проблемы развития своих детей. У обоих родителей имеются личные проблемы, нередко и разные невротические расстройства. К тому же часто родители придерживаются догматически воспринятых или исходящих из прошлого травмирующего опыта взглядов на воспитание детей, без учета их индивидуального своеобразия и возрастных потребностей. Все это позволяет рассматривать невротические, психогенные по своему происхождению расстройства ребенка как своего рода клинико-психологическое отражение личностных проблем родителей, начинающихся нередко еще в прародительской семье.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ НЕВРОЗОВ

Внимание

У больных, страдающих неврозами, имеются нарушение концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания. Рассеянность, невозможность сосредоточиться на какой-либо деятель-

ности, быстрая утомляемость являются также составной частью астении, типичной для неврозов.

Память

У этих больных отмечаются нарушения механического запоминания. Другие наиболее часто встречающиеся мнестические расстройства, как правило, связаны с эмоциональными нарушениями. Предполагается, что имеющиеся до начала психогенного заболевания особенности памяти могут блокировать адекватную адаптацию личности в связи с невозможностью использования прошлого опыта.

Наряду с запоминанием, у больных нарушается воспроизведение и забывание, меняется соотношение непосредственной и опосредованной памяти. События, вызвавшие невроз, для большинства больных оказываются не спрогнозированными (Менделевич В. Д., Плещинская В. Т., 2002). Несмотря на то что определенные ситуации у будущих невротиков тяжело переживаются, т. е. носят психотравматический характер, они исключают эти ситуации из прогноза. Таким образом, у больных оказывается нарушенным процесс непреднамеренного запоминания событий жизни. Им не удается запомнить собственные прогнозы событий и их фактический ход.

Мышление и воображение

При невротической депрессии процесс мышления замедляется. При обсессивных неврозах появляются навязчивые мысли и воспоминания. Эмоциональные реакции невротика беспорядочны, внутренне противоречивы или неуместны по отношению к действительности, что означает их оценку и понимание неправильными (Фурст Дж. Б., 1957).

Больные неврозом в связи с особенностями своего мышления с трудом анализируют происходящие события, не могут ни критично, ни иронично оценить свои слабости. Большинство из них «фиксированные абсолюты». У невротика узок горизонт видения, т. е. его понимание и осмысление жизненных ситуаций очень специфично.

Стиль мышления невротика носит оттенок догматичности. Жизнь строго регламентирована, ранжирована. Многое из происходящего не имеет оттенков и оценивается либо как черное, либо как белое.

Игнорирование невротиками других решений конфликтных отношений, кроме заведомо выбранного, является «островковым дефектом внутреннего зрения», показателем их своеобразного миропонимания.

Большинство невротиков неспособно идти на компромиссы, проявлять гибкость при изменении жизненных обстоятельств. Упрямство и затруднения в переключаемости с одного на другое, нежелание соотносить изменившиеся ситуации со своими принципами — особенности мышления, предрасполагающие к возникновению невротических расстройств.

Несправедливо абсолютизированными могут стать семейные, производственные, любовные, дружеские отношения и т. д.

Невротики иначе, чем здоровые и другие больные, понимают личностные качества и чувства. Так, ревность для них — проявление любви, а не отсутствие уверенности в себе (как, например, у больных шизофренией) или желание контролировать партнера (у наркоманов). Любовь для них — боль, терпение, страдание, здоровые же понимают это чувство как взаимопонимание, способность сосуществовать с другим человеком, считаться с его точкой зрения, поступками; приватное волнение, восторг, радость, наслаждение.

Интеллект

H. J. Eysenck и S. Rachman указали на роль особенностей интеллектуального функционирования в происхождении неврозов. У людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у лиц с более высоким или низким ИК.

Повышение вероятности интрапсихических конфликтов связано как с мотивационными, так и с информационными процессами. При необычных обстоятельствах важную роль приобретает когнитивная (связанная с анализом и сопоставлением информации) оценка ситуации и реакция индивида на эту оценку (Березин Ф. Б., 1988). Истинный медиатор общего адаптационного синдрома, лежащий в основе развития неврозов, когнитивен.

Трудная жизненная ситуация никогда не адресуется к психике только по эмоционально-волевым каналам. Ситуация всегда преобразуется и в рассудочной деятельности человека. Таким образом, содержание и качество целостной реакции на ситуацию определяется возможностями полной и адекватной оценки ее индивидом (Ушаков Г. К., 1987).

По мнению некоторых авторов, у невротиков неудовлетворительная способность к обучению и усвоению нового. Их практическую беспомощность в отсутствие расстройств мышления и интеллекта E. Bleuler обозначил как «относительное слабоумие». Контраст между высоким интеллектом и беспомощностью в решении жизненных практических задач, связанный с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений, способствует возникновению невроза.

Происхождение невротических расстройств связано с неспособностью личности предвосхищать ход событий и поведением во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями, т. е. антиципационной несостоятельностью.

Эмоции, аффекты, чувства

В клинической картине неврозов аффективные расстройства являются основными. Наиболее часто наблюдаются депрессия, слабодушие, страхи, фобии, ангедония, тревога.

Повышенный уровень тревожности способствует нарушению адаптации в условиях фрустрации. Тревожное состояние в зависимости от нарастания интенсивности подразделяется на: 1) ощущение внутренней напряженности (настороженность, душевный дискомфорт); 2) гиперестезические реакции; 3) собственно тревогу; 4) страх; 5) переживание неотвратимости надвигающейся катастрофы; 6) тревожно-боязливое возбуждение.

Проявления эмоциональных расстройств находятся в зависимости от этапа неврозогенеза.

На первых этапах обнаруживается разочарование (52 %), растерянность (аффект недоумения) — 54 % и обида (82 %). При неврастении и истерии преобладает «чувство обиды» (87 и 85 % соответственно). При обсессивном неврозе чаще встречается «чувство разочарования» (64,3 %), при неврастении — 43,9 %, при истерии — 60 %. У последних нередко обнаруживается «аффект недоумения». Все перечисленные эмоциональные расстройства чаще возникали после неожиданных психических травм. При этом обида встречалась наиболее часто — у 88,7 %, разочарование — у 64 %, растерянность — у 53,7 %.

На втором этапе обида, тоска и страх были у 42,1 % больных. Душевная боль, отчаяние, тревога, усталость — у 31,7 %. Бесперспективность существования, опустошенность, печаль, подавленность, обездоленность — у 26,2 %. Эти переживания входили в состав следующих синдромов: депрессивного (32 %), тревожно-де-

прессивного (22,6 %), фобического (16 %), истерического (14,7 %), ипохондрического (14,7 %) (Березин Ф. Б., 1988).

Мотивация, волевая деятельность, поисковая активность

Блокирование потребности (либидо) в условиях социума с морально-нравственными регламентациями и фатальностью приводит личность к неврозу (Freud S., 1923).

Патогенные невротические наклонности отличаются иллюзорностью, карикатурностью, лишенностью свободы, спонтанности, смысла и утилитарной нацеленности на безопасность и решение всех проблем. Среди этих наклонностей — честолюбие, потребность в любви, партнере, в необходимости заключить свою жизнь в узкие рамки, стремление к власти, контролирование себя и других людей посредством разума, потребность в эксплуатации других людей, общественном признании, восхищении своей особой, самодостаточности, достижении совершенства и неуязвимости. Основой неврозогенеза становится конфликт нескольких невротических наклонностей, когда следование одним наклонностям препятствует осуществлению других (Horney K., 1993).

У больного неврозом преобладает внешний локус контроля, полезависимость, а также внешняя мотивированность во всех сферах жизни. Эти потребности определяют стилистические особенности личности. Невротики зависимы от мнений и оценок «значимых других», конформны в отношении общепринятых традиций и авторитетов. Они очень тревожны и уязвимы в ситуации неуспеха, свой успех приписывают не собственным способностям, а везению.

Потребности невротика не обладают устойчивой опредмеченностью и существуют скорее в форме навязчивого влечения, чем социально опосредованного зрелого мотива. Эти потребности отличаются способностью к трансформации, защитной мимикрии, что выявляется только при психотерапии или при проективном исследовании. Так, фрустрированная потребность в любви может выступить в виде противоположного чувства — враждебности, отвержения (Соколова Е. Т., 1989).

«Одновершинность» мотивационной сферы в сочетании с узостью содержания ведущей деятельности может привести к ипохондрическому развитию личности, создать сложности при построении системы замещающей деятельности. «Многовершинность» мотивационной сферы создает большие возможности для замещения, построения новой ведущей деятельности.

В. С. Ротенбергом и В. В. Аршавским (1984) невроз понимается как следствие неразрешенного интрапсихического мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты. Фактический отказ от поиска способов реализации вытесненного мотива приводит к невротическому типу реагирования. Невротическая тревога — результат отказа от поиска, когда невротические механизмы защиты выступают в роли своеобразной психологической компенсации. Таким образом, при формировании ипохондрических или фобических расстройств появляется возможность для поисковой (вторичной) активности. Так, хождение по врачам открывает возможности, позволяющие избегать ситуаций, вызывающих страх. Этот поиск направлен не на устранение самой неприемлемой ситуации, а только ее последствий, т. е. тревоги.

Диссонанс между прогнозируемыми и реальными результатами может стать дополнительной причиной для интрапсихического конфликта и еще одним источником невроза. Стремление индивида к какой-нибудь цели, от достижения которой его удерживает страх или другой негативный стимул, ассоциирующийся с желаемой целью или ее окружением. Это конкуренция между равно выраженны-

ми потребностями достичь цели и избежать связанного с ней же отрицательного стимула. Пример — конфликт между путем и результатом.

Потребностно-мотивационный аспект невротических расстройств отражает повышенную значимость эмоционально-волевого комплекса в происхождении неврозов.

Сознание и самосознание

Самосознание больного неврозом характеризуется следующими параметрами:

1. Степенью когнитивной сложности и дифференцированности образа «Я», измеряемой числом и характером связи осознаваемых личностных качеств: чем больше своих качеств вычленяет человек и относит к своему «Я», чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его самосознания.

2. Степенью отчетливой выпуклости образа «Я», его субъективной значимости для личности. Этот параметр характеризует как уровень развитости рефлексии, так и содержание образа «Я» в зависимости от субъективной значимости тех или иных качеств. Субъективная значимость качеств и их отражение в образе «Я» и самооценке могут маскироваться действием защитных механизмов.

3. Степенью внутренней цельности, последовательностью образа «Я» и, как следствие несовпадения реального и идеального образа «Я», противоречивости или несовместимости отдельных его качеств.

4. Степенью устойчивости, стабильности образа «Я» во времени.

5. Мерою самопринятия, положительного или отрицательного отношения к себе, установкой «за» или «против» себя (Соколова Е. Т., 1998).

Изучение самосознания у больных неврозами важно для диагностики и разработки терапии, а также реабилитации.

Когнитивное оценивание, фрустрационная толерантность и стрессоустойчивость

Для понимания неврозогенеза важно изучение того, каким образом личности удается справиться с жизненными трудностями, совладать с неожиданными негативными событиями, к каким стратегиям прибегают люди, чтобы адаптироваться к ним или предотвратить порождаемые ими эмоциональные нарушения. Люди не просто фиксируют деятельность других, но и «воспринимают» или понимают, что собираются делать другие, что они хотят, что «замышляют». Неверные ответы чреваты последствиями. Неточное распознавание намерений или действий других приведет к будущим недоразумениям, на которые возникнет реакция. Это не исключает нежелания расстаться с неадекватным приписыванием причин, потому что подобная атрибуция оправдывает собственное поведение или сохраняет представление о себе и окружающем мире (Heckhausen H., 1966).

Выявление типов личностей, предпочитающих при определенных условиях конкретные «техники» жизни, отнюдь не означает, что именно человек определяет свое поведение в той или иной ситуации. Свойства личности и особенности ситуации взаимопреломляются. В определенных ситуациях стрессоустойчивость, стойкость, реалистический подход и хорошо развитый механизм когнитивного оценивания позволяют личности гибко выбирать разные стратегии в меняющихся обстоятельствах. В тех же обстоятельствах у личности другого типа мгновенно возникают страх, предчувствие неудачи, сильно снижается мотив достижения — иными словами, человек не может стать буфером или модератором на пути стрессовой ситуации. Оценка ситуации как драматической, очень трудной вызовет не преобразующую стратегию, а уход, акцептацию события и коррекцию ожиданий. Психологическое своеобразие личности обуславливает неоднозначное влияние на

нее трудных ситуаций, но ее типологические характеристики создают предпосылки для предсказания поведения и переживаний в условиях стресса и напряжения.

Коммуникативная компетентность предполагает ситуативную адаптивность и свободное владение вербальными и невербальными средствами социального поведения, умение быстро и адекватно ориентироваться в многочисленных и разнообразных коммуникативных ситуациях, овладение эффективной техникой общения. Она определяет стрессоуязвимость человека. Коммуникативная компетентность предопределяет осознание: 1) собственных потребностей и ценностных ориентаций; 2) своих перцептивных умений (предубеждений); 3) готовности воспринимать новое во внешней среде; 4) своих возможностей в понимании норм и ценностей других социальных групп и культур; 5) своих чувств и психологических состояний в связи с воздействием факторов внешней среды (Емельянов Ю. Н., 1985). Роль коммуникативной компетентности в неврозогенезе связана с невозможностью индивида правильно и точно понимать, воспринимать поведение и поступки окружающих людей (т. е. видеть за ними то, что фактически имеется, и не усматривать психотравмирующее воздействие) и адекватно реагировать на жизненные события. Понятие коммуникативной компетентности спаяно с понятием прогностической (антиципационной) компетентности. Предвосхищение поведения и высказываний участника общения, готовность к многовероятному реагированию на это гармонично входит в структуру коммуникативной компетентности.

Психическая ригидность и фиксированные формы поведения

Психическая ригидность — неспособность личности изменять свое поведение в соответствии с изменениями ситуации, приверженность к однотипному образу действий, негибкость. Предполагается при этом застреваемость аффекта, фиксация на однообразных объектах и неизменность их эмоциональной значимости. В ситуации психоэмоционального напряжения отличительной особенностью поведения под влиянием тревоги, страха, фрустрации может оказаться его негибкость, утрата пластичности, свойственной в нейтральной обстановке.

При нарушении пластичности нервных процессов, отвечающих за «внутреннюю тенденцию к перемене тактик вероятностного прогнозирования», появляется опасность возникновения невротических симптомов.

По мнению H. Eysenck (1970), существует 5 типов ригидности: 1) моторная — трудность перестройки привычных движений и двигательных навыков; 2) сенсорная — пролонгирование ощущения после прекращения действия стимула; 3) эмоциональная — продолжение чувствований после прекращения действия эмоциогенных стимулов; 4) персеверация представлений памяти; 5) персеверация в сфере мышления — инерция суждений, установок, способов решения задач.

Фиксированные формы поведения или стилевые характеристики поведения индивида играют важную роль во взаимоотношениях человека с трудностями жизни, в процессах совладания с ситуацией. Индивидуальный стиль интерпретаций и реагирования на совладание с психотравмирующей ситуацией имеет большое значение для формирования невротических расстройств. Индивидуальный стиль реагирования — параметр индивидуального поведения, характеризующий способы взаимодействия человека с различными сложными ситуациями, проявляющийся либо в форме психологической защиты от неприятных переживаний, либо в виде конструктивной активности, направленной на разрешение проблемы (Либин А. В., 1999). Потенциальный невротик склонен к шаблонному и стереотипному реагированию, что затрудняет его адаптацию.

Тест

1. Невроз — это:
а) реакция личности на неблагоприятную жизненную ситуацию;
б) реакция личности на соматическое заболевание;
в) астеническое состояние любого происхождения.

2. Неврастения — это:
а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;
б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;
в) основной признак этого заболевания — наличие навязчивых состояний.

3. Истерия — это:
а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;
б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;
в) наличие навязчивых состояний — основной признак этого заболевания.

4. Невроз навязчивых состояний — это:
а) раздражительная слабость, повышенная возбудимость, снижение самочувствия, повышенная истощаемость психогенного происхождения;
б) диссоциативное расстройство движений и ощущений, симптоматика которого основана на повышенной эмоциональности и внушаемости;
в) наличие навязчивых состояний — основной признак этого заболевания.

5. Особенности неврозов у детей — это:
а) когда нет никаких возрастных особенностей;
б) моносимптомность, поражение ослабленных и недостаточно сформировавшихся систем, преобладание соматовегетативных проявлений, нарушения поведения;
в) более легкое течение.

6. Мутизм — это:
а) врожденное недоразвитие речи;
б) отказ от ответной и спонтанной речи;
в) отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

7. Афония — это:
а) нарушение речи при локальном поражении головного мозга;
б) отказ от ответной и спонтанной речи;
в) отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

8. Астения — это:
а) снижение настроения, психическая и моторная заторможенность;
б) отсутствие эмоциональных проявлений, вялость, безразличие;
в) раздражительность, возбудимость, слабость, утомляемость, истощаемость, эмоциональная лабильность.

9. Аффективно-респираторные судороги — это:
а) малые припадки;
б) любые детские припадки;
в) психогенные приступы потери сознания, возникающие на фоне расстройств дыхания и иногда сопровождающиеся судорогами.

10. Невротический ритуал — это:
а) непроизвольное действие;
б) защитное навязчивое действие, выполняемое вопреки воле больного;
в) повторяющееся движение.

Литература

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М. : Медицина, 2000.

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М. : Изд. ин-та Психотерапии, 1999.

Детская психиатрия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб. : Питер, 2005.

Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. — СПб. : Союз, 1998.

Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер, 2006.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.

Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврозология. — М. : МЕДпресс-информ, 2002.

Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д. Некоторые теоретические и практические выводы из изучения 1000 больных отделения неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1967. — № 6. — С. 897—900.

Тимербулатов И. Ф., Юлдашев В. Л. Невротические расстройства у детей и подростков: механизмы формирования в контексте влияния микросоциальных факторов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2008. — № 2.

Глава 23. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F45)

Психосоматические расстройства — расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов. «Главным признаком соматоформных расстройств (психосоматических) является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного. Даже когда возникновение и сохранение симптоматики тесно связаны с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, больной обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности...» (МКБ-10). Эти расстройства, считающиеся также болезнями адаптации или цивилизации, получили название стресс-зависимых, что отражает важную роль психосоциальных влияний в их происхождении.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Гиппократ в учении о темпераментах высказал свои мысли о единстве тела и души. Heinroth в 1818 г. ввел термин «психосоматический», сформулировав положение о том, что каждая жизненная сфера (психика и сома) сама по себе не может быть достаточным основанием для возникновения заболеваний. H. Maudsley (1876) писал: «Если чувства не находят разрядки во внешней физической деятельности.., они действуют на внутренние органы и приносят беспорядок в их функции...» И. П. Павлов (1902) своим учением об условных рефлексах создал теоретическое основание для понимания психосоматических взаимоотношений с *позиций физиологии*. S. Freud (1894) дал начало *психологическому направлению*, истолковав психосоматические симптомы истерии как результат процесса вытеснения и назвав его конверсией, попытавшись таким образом объяснить механизм психосоматических расстройств. F. Dunbar (1947) связывает возникновение психосоматических расстройств с особенностями личности. По ее мнению, люди терпеливые, целеустремленные, имеющие самообладание, жертвующие радостями жизни для дела склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям. F. Alexander (1939) объясняет развитие психосоматических болезней спецификой эмоциональных реакций. Например, гипертония — результат эмоционального напряжения, возникшего из-за подавления гнева. *Нейрогуморальный подход* понимает психосоматические заболевания как реакции на перегрузки, нарушения внутреннего равновесия — проявления общего неспецифического синдрома адаптации («стресса», по H. Selye, 1953). Дальнейшее изучение психосоматических расстройств заставило отказаться от жесткой однофакторной модели, под которой подразумевалось наличие хотя бы одной причины, обязательно приводившей к болезни. В настоящее время психосоматические расстройства понимаются как заболевания, в основе которых находится значительное число факторов, определяющих возникновение болезни. Приходится принимать во внимание и то, что практически в происхождении любого заболевания участвуют эмоциональные напряжения, связанные с трудностями жизни.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Распространенность среди взрослого населения составляет 0,1—0,5 %. Чаще встречается у женщин (1—2 %), чем у мужчин (Kaplan H. I., 1998). Начало болезни обычно приходится на детский и подростковый возраст. От 9,3 до 40 % детей страдают психосоматическими заболеваниями (Brautigam W., 1984; Kruse W., 1983). Две пятых детей, наблюдаемых педиатрами, не имея никаких органических заболеваний, страдают от соматических расстройств. Чаще всего это головные боли — у 1 из 7 детей, реже боли в животе — у 1 из 9 детей и еще реже боли в конечностях — 1 из 25 детей (Apley J., 1968). Усложняющиеся условия жизни сказываются на все большем расширении числа детей и подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. Об этом можно судить по тому, что в середине 1970-х гг. детей с желудочно-кишечной патологией было 70—75 на одну тысячу обследованных, а в 1980-х — уже 100—110 (Мазурин А. В. [и др.], 1989). Увеличилась заболеваемость язвой желудка на 36 %, бронхиальной астмой на 15 %, нарушениями иммунитета на 30 % (Гос. доклад за 1994 г.). В дошкольном и младшем школьном возрасте вегетативная дистония встречается у 22,5 % детского населения (Куршев В. А., Василенко Н. Г., 1988), а в подростковом возрасте у 43 % (Исмаилов М. Ф., 1985). У 9 % детской популяции выявляются дисфункциональные явления, предшествующие психосоматическим расстройствам: кратковременные нарушения функций органов и систем и симптомы субневротического уровня, что подтверждает наличие высокого эмоционального напряжения, возникающего у них в связи с трудностями жизни (Ефимов Ю. А., 1994). У 16 % школьников высокий, а у 31 % средний уровень тревожности, что свидетельствует о значительной подверженности детей невротическим и психосоматическим расстройствам (Базиленко И. Б., 1995).

ЭТИОЛОГИЯ

В происхождении психосоматического расстройства принимают участие многие факторы.

1. *Острый или хронический стресс.* Сюда относятся недостаточно защищающее, а иногда и вовсе неадекватное семейное воспитание. Возможны также трения в общении с соучениками, непонимание педагогами и воспитателями, несоответствие способностей школьным программам. Для понимания действия стресса анализируют взаимоотношения стрессора и индивида на фоне конкретной социальной ситуации, учитывая при этом защитные механизмы личности (механизм совладания) и организма (нервные и гуморальные).

2. *Накопление эмоционального напряжения.* Бесчисленные следы интеллектуальных, аффективных, сенсорных раздражителей создают эмоциональный фон, который не всегда осознается и в одних случаях благополучно разряжается, а в других приводит к накоплению негативных эмоций. Последнее происходит у людей с нейродинамическими нарушениями, приводящими к застою эмоциональных возбуждений в лимбической системе как функционального, так и органического генеза.

3. *Генетические факторы.* Среди родственников больных, страдающих психосоматическими заболеваниями, 60—70 % болеют этими же расстройствами.

4. *Факторы предрасположения.* Переживание кризисных ситуаций (наводнений, землетрясений), которые оказываются непереносимыми для личности.

5. *Преморбидные особенности личности.* У одних больных преобладает повышенная тревожность, которую невозможно выразить словами и получить облегчение (алекситимия). Других характеризует самоуверенность, агрессивность, не-

терпимость, постоянная нехватка времени, неустанная борьба за максимальные достижения в той или иной области. Третьим свойственна боязливость, впечатлительность, напряженность с неспособностью разрядиться, повышенная ответственность, низкий уровень самоуважения, плохая переносимость фрустраций.

6. *Неблагоприятная микросоциальная среда.* Семья психосоматического больного характеризуется запутанностью социальных ролей, сверхзащитой, ригидностью в своем поведении, неумением разрешать конфликты.

7. *Неблагоприятное психическое состояние в момент действия стрессора.* Например, отсутствие социальной поддержки, беспомощность.

8. *Большая субъективная значимость стрессора.* Например, чрезмерное переживание ребенком даже кратковременного отсутствия матери на фоне его постоянного опасения лишиться родительницы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В связи с большим разнообразием психосоматических расстройств их описание возможно лишь с использованием систематик. *Классификация I. Jochtus и G. M. Schmitt* (1986) предполагает 3 группы соматических расстройств, связанных с психологическими трудностями: 1) психосоматические функциональные нарушения (без органических поражений органов и систем): психогенные нарушения у грудных детей и детей раннего возраста, нарушения сна, энурез, энкопрез, запор, конверсионные неврозы; 2) психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермиты, язвенный колит, язва желудка, нервная анорексия, булимия, ожирение; 3) переживания больными своих серьезных хронических болезней, например муковисцидоза, диабета, хронической почечной недостаточности, злокачественных новообразований.

H. Zimprich (1984) выделяет у детей: 1) психосоматические реакции (единовременное непроизвольное выделение мочи при испуге); 2) функциональные нарушения (расстройство сна после негативных переживаний, продолжающееся некоторое время); 3) психосоматические заболевания с органической манифестацией (эндокринные нарушения психогенного происхождения); 4) специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.).

Описанные в *МКБ-10* соматоформные (психосоматические) расстройства подразделяются на: 1) соматизированные — совокупность различных психопатологических расстройств с преобладанием соматовегетативных проявлений (при истерии, личностных расстройствах, алкоголизме); 2) недифференцированные — предъявление многочисленных, изменяющихся и длительных, но неопределенных соматических жалоб (симптомы общей утомляемости при депрессии, тревоге); 3) конверсионные — трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты (параличи, слепота, глухота, нарушения чувствительности); 4) хронические болевые расстройства — длительная, интенсивная, психически угнетающая боль без соматической болезни, которая могла бы ее объяснить (боль в спине, головная боль); 5) ипохондрические — убежденность больного в том, что у него имеется серьезное заболевание (при неврозах, внутренних заболеваниях, психогенных реакциях); 6) дисморфофобические — убежденность в наличии недостатка во внешности или воображаемого телесного дефекта (большой нос, слишком маленькие молочные железы или пенис, очень короткие ноги) — встречается при личностных расстройствах; 7) вегетативные дисфункции (психогенные одышка, икота, понос, потение, метеоризм, тяжесть, напряжение); 8) другие — ограничиваются либо отдельными системами, либо частями тела и не связаны с вегетативной нервной системой (ощущение комка

в горле, психогенный зуд). Практическое значение имеет разделение психосоматических расстройств по пораженным органам и системам.

ВИДЫ РАССТРОЙСТВ

Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта

Психосоматические *кратковременные реакции*, возникающие после сильных негативных переживаний: потеря аппетита, рвота, желудочные спазмы, понос. *Функциональные нарушения* продолжаются более значительное время, они возникают либо вслед за предыдущими расстройствами, либо первично. Примером могут быть неукротимая рвота беременных, запоры, анорексия. *К психосоматическим болезням* относят язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Может быть сочетание с астенией, ипохондрией, фобией и депрессией. Для таких больных характерны настойчивость, активность в достижении желаемого, переоценка своих возможностей, возбудимость, а для детей — повышенная тревожность, сенситивность, замкнутость, неуверенность в себе, зависимость от окружающих, повышенная возбудимость. Отмечается положительный эффект психотерапии.

Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы

Кратковременные реакции — преходящее учащенное сердцебиение, нарушение ритма сердцебиений, артериальная гипертония или гипотония. *Функциональные нарушения:* ощущения замирания, боли в области сердца или обмороки — этим состояниям чаще предшествуют гнев или страх. *Психосоматические болезни:* коронарная болезнь сердца, инфаркт сердечной мышцы (нарушение кровоснабжения сердца) и гипертоническая болезнь. В происхождении этих болезней большую роль играют продолжительные эмоциональные нагрузки. Гипертоническая болезнь характеризуется стойким подъемом артериального давления и своеобразными личностными чертами: тревожной мнительностью, склонностью к определенному жизненному стереотипу, реактивной лабильностью с аффективными вспышками гнева или слезливостью. У одних детей и подростков — повышенная раздражительность, неуравновешенность, легкая утомляемость, у других — чувствительность, неуверенность в себе, застенчивость или напряженность, недовольство своим окружением.

Психосоматические расстройства органов дыхания

Кратковременные реакции в ответ на эмоциональное напряжение — кашель, изменение ритма дыхания (учащение или непроизвольные вздохи), нарушение ритма и тембра речи. *Функциональные респираторные нарушения* — «невротический» кашель, затрудненное дыхание, афония, сочетающиеся с тревогой, тягостными ощущениями в груди и вегетативными расстройствами (потливостью, чувством жара или холода, позывами на мочеиспускание). К психосоматическим болезням органов дыхания относят бронхиальную астму. Эти больные, дети и подростки, чувствительны, тревожны, возбудимы, эмоционально неустойчивы, склонны к снижению настроения, обидчивы и впечатлительны. Они реагируют на болезнь преимущественно астенодепрессивными или фобическими переживаниями. При среднем и тяжелом течении болезни возникают выраженные изменения личности: повышенная чувствительность, крайняя возбудимость, необычная тревожность, постоянная раздражительность, быстрая смена настроения с преобладанием депрессии и беспочвенная обидчивость. Формируются либо истероидные (чаще), либо депрессивные черты личности. В двух третях случаев имеются не-

вротические, астенические и поведенческие расстройства. Эпилептические припадки у этих детей происходят в 3—5 раз чаще.

Психосоматические расстройства кожи

Кратковременные реакции на эмоциональное напряжение — побледнение или покраснение кожи, повышенное потоотделение, «гусиная кожа». *Функциональные расстройства* могут быть в форме повышенной, пониженной или отсутствующей чувствительности, зуда, сыпи или отека. *Психосоматические болезни:* нейродермит, псориаз, гнездное или общее облысение. Нейродермит (экзема) — хроническое заболевание кожи, проявляющееся зудом и сыпью. Один из причинных факторов — нарушение взаимоотношений матери и ребенка в раннем возрасте, поэтому его начало в 91 % случаев приходится на первые два года жизни. Почти у всех детей (88 %) имеются те или иные нервно-психические расстройства: астенические, астенодепрессивные, тревожные, истерические и нарушения поведения в форме грубости, склонности к конфликтам. У этих больных в связи с переживанием своего косметического дефекта возникают невротические реакции. Последние, продолжаясь годами, нарушают психологическое развитие, формируя астенический или истерический тип личности.

Психосоматические расстройства, проявляющиеся в общем обмене и нарушении деятельности эндокринных желез

Кратковременные реакции, вызванные эмоциональным напряжением, — резкие изменения содержания сахара в крови, увеличение выделения мочи, колебания артериального давления. *Функциональные расстройства* — колебания массы тела, эпизодическое выведение сахара с мочой, нарушения менструального цикла. *Психосоматические болезни* — диабет (недостаточность инсулина с неусвояемостью сахара), гипертиреоз (повышение функции щитовидной железы), гипотиреоз (понижение функции щитовидной железы), вирилизм (появление мужских вторичных половых признаков у женщин), ожирение, хроническое воспаление суставов. Гипертиреоз, в частности, сопровождается раздражительностью, легкой сменой настроения, боязливым ожиданием несчастья, депрессией, тревожной торопливостью, быстротой решений и немедленным их осуществлением, слабой потребностью во сне, повышенной потливостью и т. д. Гипотиреозу свойственны нарушения памяти в сочетании с недостаточной активностью и равнодушием. При диабете имеются утомляемость, снижение работоспособности, ослабление внимания, головные боли после нагрузок, нарушения сна.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Психосоматические расстройства у детей раннего возраста описаны выше.

Психосоматические расстройства у дошкольников и детей младшего школьного возраста. Головные боли, возникающие после волнений и нередко сопровождающиеся тошнотой, бледностью, потливостью, изменением настроения. Лихорадка — приступы непродолжительного высокого повышения температуры тела (до 39—40 °С) или продолжительного, но незначительного (37—38 °С), не связанного ни с какими соматическими заболеваниями. Боли в животе — обычно неоднократно повторяющиеся в трудных ситуациях. Психогенная рвота — извержение пищи из желудка, может быть эпизодическим явлением в связи с гневом, отвращением или страхом или постоянной реакцией на любые жизненные трудности. Энурез — непроизвольное упускание мочи, так же как и энкопрез — непроизвольное выделение кала — частые соматические проявления эмоциональных расстройств у детей.

Психосоматические расстройства подросткового возраста могут быть продолжением тех, которые возникли в более ранний период жизни, и таким образом принципиально не отличаются друг от друга или свойственны преимущественно возрасту полового созревания.

Психическая, или нервная, анорексия характеризуется стойким отказом от приема пищи, заметной потерей массы тела (на 15 % и более от возрастной нормы), активным применением различных средств для снижения массы тела (вызывание у себя рвоты, использование средств, подавляющих аппетит, или слабительных), искажением образа своего тела, при котором допустимым для себя считается лишь низкая масса тела, отсутствием менструаций у девушек и потерей потенции у юношей. Личности этих больных отличаются рассудочностью, рассуждательством, разносторонними интересами, активностью и большим чувством ответственности, но в отношении с другими поверхностны. Нередко эти качества сочетаются с застенчивостью, неуверенностью, внутренним чувством несостоятельности, высоким уровнем притязаний без достаточной критики своих возможностей, истерическими проявлениями или склонностями к навязчивостям. В процессе заболевания развиваются физическое истощение, психическая астения, а иногда и депрессия.

Психическая, или нервная, булимия — повторяющиеся приступы переедания, может быть этапом нервной анорексии или самостоятельным расстройством.

Нарушения репродуктивной функции у девушек: ювенильное кровотечение (продолжительные, чрезмерно обильные с нарушением периодичности менструации), аменорея (отсутствие менструаций), альгодисменорея (болезненные менструации), как правило, возникают у лиц с крайне изменчивым настроением, повышенной утомляемостью, раздражительностью, склонностью к ипохондрии, нерешительностью, повышенной ранимостью и чувством собственной неполноценности. Нарушения репродуктивной функции часто сопровождаются необычной сосредоточенностью на болезненных явлениях, боязнью непоправимой утраты здоровья, переживанием своей уродливости или неполноценности, астенией, аффективными расстройствами: тревожностью, страхами смерти, снижением настроения, повышенной раздраженностью.

Вегетососудистые дистонии — состояния, в основе которых лежат изменения артериального давления. При *дистонии по гипертоническому типу* наблюдаются повышенное артериальное давление, постоянная или приступообразная головная боль с тошнотой или рвотой, появляющимися при переутомлении. Могут быть также обмороки, головокружения, неприятные ощущения или боли в области сердца, сердцебиения и реже одышка при нагрузках. Подростки — самостоятельны, нетерпеливы, возбудимы, раздражительны, неуравновешенны, утомляемы, с повышенной реактивной тревожностью. Большая часть из них не уверены в успехе лечения, треть относится к болезни пренебрежительно, игнорирует ее. *Дистония по гипотоническому типу* характеризуется сниженным артериальным давлением, интенсивными и продолжительными головными болями, наиболее выраженными во второй половине дня, утренней слабостью, быстрой утомляемостью, головокружениями после школьных занятий и при перемене положения тела, склонностью к обморокам и колющим болям в области сердца. Больные не уверены в себе, ранимы, зависимы, чувствительны к угрозе, боязливы, у них преобладают страхи за свою жизнь и здоровье, повышен показатель личностной тревожности и ипохондрическое сосредоточение на болезни.

Лечение

Проводится медикаментозными препаратами тем специалистом, который имеет наибольшие знания в соответствующих болезнях — терапевтом, гинеколо-

гом, дерматологом и т. д., но обязательно с участием психолога и психотерапевта. Психолог выполняет диагностические задачи, изучая личность и отдельные психические проявления больного. Он также должен оценить семейную ситуацию, в которой живет больной, и проанализировать его место в коллективе сверстников. Все это станет материалом для выработки психотерапевтом наилучшего терапевтического подхода к личности, семье и более широкому окружению.

Профилактика и раннее распознавание

Для ребенка и подростка многие жизненные обстоятельства могут сыграть роль условий, благоприятствующих развитию психосоматических расстройств в том случае, если биологическая сопротивляемость организма и социально-психологическая защита личности окажутся несостоятельными. Такими ситуациями могут стать неадекватное воспитание, развод родителей, дисгармоничная семья, неспособность родителей выполнять свои конвенциональные или половые роли, конфликт между этими ролями и межличностными отношениями в семье или обществе, трудные условия обучения, неприятие коллективом сверстников и др.

Особенно ранимы дети, рано лишившиеся эмоциональных связей, не имеющие поддержки, чувства принадлежности, безопасности и цели в жизни. В таком положении оказываются дети, оставшиеся без родителей, отданные в плохие закрытые детские учреждения, госпитализированные на большой срок, часто меняющие коллективы сверстников или место жительства, проживающие с больными или психически неблагополучными родителями, неспособными любить своего ребенка и заботиться о нем.

На предупреждение развития психосоматических заболеваний направлено раннее выявление детей и подростков с признаками хронической тревожности. Тревожность субъективно воспринимается старшими детьми как беспокойство, душевный дискомфорт. У младших можно отметить различной выраженности и стойкости дистимические явления (нарушения настроения), суетливость, неусидчивость и двигательное беспокойство. В прошлом у этих детей отмечаются эпизоды психосоматических реакций: под влиянием неблагоприятных обстоятельств появляются головная боль, энурез, боль в животе, рвота, неприятные ощущения в груди.

Психологическое исследование, выявляющее повышенный уровень тревожности, способно подтвердить наличие риска заболевания или даже впервые поставить вопрос об этом. Методики, используемые для этой цели:

1. Личностный опросник Айзенка.
2. Личностный опросник Кеттелла.
3. Шкала Спилбергера.
4. Цветовой тест Люшера.
5. Специальный метод незаконченных предложений.
6. Опросник детской тревожности Рейнольдса.
7. Опросник детской тревожности Клинединста.
8. Тест Коппитца.
9. Рисунок семьи.

Коррекционно-педагогические меры

Воспитатели и педагоги, имея вышеизложенную информацию о детях повышенного риска, создают максимально благоприятные условия для нормализации их эмоционального состояния. Для ребенка разрабатывается оптимальная учебная программа, улаживаются при необходимости отношения со сверстниками, проводится работа с семьей.

СОМАТИЗИРОВАННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (F45)

Детский невролог или психиатр нередко замечает у своих пациентов не только отклонения со стороны нервно-психической сферы, но и соматические нарушения. Из этого факта можно сделать заключение, что большая часть, если не большинство, больных страдают как физически, так и психически.

Д. Д. Плетнев (1989) высказывался еще более категорично: «Нет соматических болезней без психических, из них вытекающих отклонений, как нет психиатрических заболеваний, изолированных от соматических симптомов». Именно соматизация этого типа у детей и подростков является основной темой обсуждения в настоящей главе.

Термин «соматизация» был введен в клинический обиход W. Stekkel (1921) для обозначения телесных расстройств, обнаруживавшихся при неврозах. B. Meninger (1947) соматические реакции определяет как висцеральное выражение тревоги, что таким образом препятствует ее осознаванию.

Распространенность

У 30 % из 4 тыс. обследованных амбулаторных больных с болями в голове, животе, груди, спине, слабостью, кашлем, головокружением и нервозностью происхождение телесных расстройств объясняется психиатрическими заболеваниями (Bain S. T., Spaulding W. B., 1967). С другой стороны, у 72 % из 90 тыс. больных с психиатрическим диагнозом имеются один или больше соматических симптомов (Schurman R. A. [et al.], 1985). При этом около половины психических болезней, проявляющихся физическими нарушениями, не распознается (Koranyi E. K., 1980).

Судить о распространенности соматизированных психических расстройств у детей можно по частоте соматических расстройств при депрессии. Среди госпитализированных в психиатрическую клинику у 60 % имеются симптомы депрессивных расстройств (Petti T., 1978). 25—30 % всех психически больных подростков страдают депрессией (Сосюкало О. Д. [и др.], 1988). По данным G. Nissen (1982), треть страдающих депрессией подростков — мальчики и две трети — девочки. У школьников в 51 % случаев депрессия проявляется затруднениями в учебе, в значительной степени связанными с их ухудшившейся трудоспособностью, в 40 % — симптомами желудочно-кишечных расстройств, в 30 % — энурезом, в 23 % — расстройствами сна, в 14 % — головной болью, в 11 % — энкопрезом, в 2 % — нарушениями сердечно-сосудистой деятельности.

Этиология и патогенез

Возникновение соматизации объясняют различно. G. Huber (1982) этот вариант психических нарушений понимает как расстройство общего чувства тела (коэнестезию), ограничивающееся в своих симптомах внутренним пространством телесного «Я» и потому отличающееся от осознаваемых психопатологических проявлений. Психоаналитически ориентированные специалисты используют термин соматизации для обозначения бессознательного защитного механизма и гипотетического психогенеза определенных соматических болезней.

Многообразные проявления соматизации у разных больных, по всей вероятности, связаны с различием этиологических факторов. Эти факторы могут быть предрасполагающими, ускоряющими и поддерживающими. К первым относятся генетические, личностные, обучающие и социокультуральные.

Приняв это положение, необходимо осмыслить, в каких именно взаимоотношениях могут находиться психические расстройства, с одной стороны, и соматические — с другой.

Многообразие соотношения соматической и психической патологии включает следующие варианты: 1) соматическое заболевание обнаруживает сродство с психическим заболеванием; 2) соматическая симптоматика формируется в процессе развития психоза; 3) соматические аномалии сопутствуют врожденной психической патологии; 4) соматические расстройства возникают в связи с психогенной провокацией; 5) соматические нарушения служат проявлениями психотических расстройств (Смулевич А. Б. [и др.], 1984). К двум последним относятся такие соматопсихические корреляции, при которых имеется психогенная провокация соматических расстройств и соматизация психических нарушений. Сюда относят соматические заболевания, этиологически связанные с эмоциональными факторами, и психогенные психические нарушения, в клинической картине которых представлены соматические симптомы без соответствующей органической подоплеки.

Дети, часто наблюдающие физические заболевания и поведение переживающих боль членов семьи, становятся группой риска по возникновению соматизированных расстройств по мере того, как взрослеют (Hartvig P., Sterner G., 1985; Kriechman A. M., Shapiro E. G., 1986). Некоторые особенности личностного реагирования: нейротизм, истерические черты, перцептивно-когнитивный стиль сенсибилизации или усиленная интроспекция также связаны с соматизацией. Психологические характеристики больных с соматизацией в целом различны, но в одном они имеют сходство — в ответ на стресс и эмоции они реагируют, главным образом, физическими симптомами. Соматизация особенно распространена в культурах, где выражение эмоционального дистресса психологически традиционно затормаживается.

Поддерживающими факторами являются уровень ипохондрической озабоченности, робость, неуправляемость желаний, ранимость, склонность к тревожности, враждебности, депрессии. Тенденция к развитию и сохранению телесных расстройств поддерживается реакциями членов семьи, а также врачами. Бесконечные медицинские исследования, неопределенные диагнозы и назначение необязательного лечения могут дать аналогичный эффект (Kellner R., 1986).

Клиническая картина

Симптомы соматизации, часто множественные, могут охватывать любые органы и системы, имитировать любое телесное заболевание. Чаще всего это различные болевые ощущения: слабость, головокружение, расстройства дыхания, сердечно-сосудистой деятельности и функций желудочно-кишечного тракта. В некоторых случаях симптомы соматизации сосуществуют с истинными соматическими заболеваниями, что не исключает диагноза соматизированных психических расстройств. Развитию последних могут благоприятствовать органические заболевания: рассеянный склероз, волчанка. Нередко соматизация формируется как последствие физиологических проявлений эмоций или как составная часть первичных психических расстройств (паника). Тревога у индивидов, особенно у детей, может сопровождаться гипервентиляцией, болью в грудной клетке, сердцебиениями, болями в животе, ощущением жара или холода.

Симптомы соматизации в рамках психовегетативного синдрома, впервые описанные W. Thiele (1958), суть разнообразные вегетативные расстройства: побледнение или гиперемия кожи, тремор, гипергидроз, тахикардия, изменения артериального давления, боли, нарушения деятельности различных функциональных систем. Эти проявления соматизации обозначались также как функциональный, общий психосоматический, вегетативно-аффективный синдромы, вегетативная дистония, астеновегетативный синдром. Объективная оценка врача сталкивается с субъективным восприятием больных, жалующихся непропорционально имеющейся патологии.

Соматизация может быть проявлением преходящей стрессовой реакции, при которой не ставится никаких диагнозов. Только длительно сохраняющаяся соматизация требует ее квалификации в качестве болезни. По мнению Escobar [et al.] (1987), соматизация может наблюдаться при многих психических нарушениях: в рамках соматоформных расстройств, в сочетании с психиатрическими симптомами (депрессией), как «маскированное расстройство» или в качестве личностной черты. Аффективный фон соматизации варьирует от явного безразличия до панического состояния или ажитирования депрессии, фокусированной на смерти или инвалидизации. У одних больных можно наблюдать неумение оценить свои чувства и рассказать о них, у других нет никаких отличий в этом смысле от несоматизированных больных.

Соматизация депрессий у детей

Одна из наиболее частых причин соматизации — депрессия: три четверти депрессивных больных обращаются в медицинские учреждения, жалуясь в большинстве случаев не на психические, а на соматические расстройства (Katon W. [et al.], 1982). Врачами общего профиля распознается правильно лишь менее половины депрессивных больных.

Соматизированные депрессивные больные жалуются на выраженные или смутные жалобы, сопровождающиеся ипохондрической фиксацией. Наиболее частый симптом депрессии — боль. Депрессия при хронической боли встречается в 30—50 % случаев (Fishbain D. A. [et al.], 1986).

Среди *психически больных детей* депрессивные проявления отмечены у 3—13 %, среди подростков — у 25—30 % (Сосюкало О. Д. [и др.], 1988). Распространенность депрессий у детей и подростков за последние 10–20 лет значительно увеличилась, при этом они стали чаще выступать в форме соматовегетативных эквивалентов и так называемых соматизированных депрессий. Кроме того, уменьшается возможность социальной дезадаптации и возникновения асоциальных и делинквентных форм поведения детей и подростков (Ковалев В. В., 1988).

В самом раннем возрасте депрессия, возникающая при отрыве ребенка от матери, наиболее соматизирована. Наряду с плачем, рыданиями, апатией обнаруживаются уменьшение массы тела, отставание в росте, задержка психомоторного развития, трудности засыпания, расстройство ритма сна, возрастание чувствительности к инфекциям. При длительном отсутствии матери развитие ребенка останавливается, наступает деградация (Шевченко Ю. С., Бобылева Г. И., 1988; Spitz R., 1946).

Соматические проявления депрессии у дошкольников являются скорее правилом, чем исключением. К их числу относятся такие симптомы, как энурез, онихофагия, анорексия, гиперорексия, боли в животе, расстройства сна, энкопрез, уменьшение массы тела, утомляемость, замедление интеллектуального развития (Frommer E. A. [et al.], 1972; Kashani J. H., Carlson G. A., 1985). Е. И. Кириченко (1988) среди депрессивных невротических расстройств у детей до 4 лет выделяет формы с преобладанием соматовегетативной симптоматики с общей или парциальной задержкой психического развития, регрессивной симптоматикой (мутизмом, энурезом, утратой навыков). Неразвернутые проявления депрессии у детей — не стертые или замаскированные ее проявления, а первичные возрастные формы болезни (Nissen G., 1973).

У младших школьников депрессия характеризуется сочетанием заторможенности и агрессии, нередко сопровождается такими психосоматическими симптомами, как энурез, онихофагия, частые манипуляции с гениталиями и др. (Nissen G., 1975). По мнению C. P. Malmquist (1976), соматизация у детей принимает фор-

мы болей различной локализации (болей головных, в животе), головокружений, бессонницы, расстройств сна, нарушений пищевого поведения, т. е. депрессивных эквивалентов. Причем эти симптомы могут сочетаться со снижением настроения, подавлением активности, чувством неудовлетворенности, отверженности, малоценности, низким фрустрационным порогом, стремлением к комфорту, нарушениями поведения, состояниями беспомощности, безнадежности и т. д.

Клиническая картина депрессии старших школьников приближается к характерным особенностям этого синдрома у подростков и взрослых. В то же время и в этом возрасте наряду с типичными изменениями настроения, «поведенческими эквивалентами» могут наблюдаться те или иные физические симптомы, иногда оказывающиеся единственными.

Соматические симптомы также могут наблюдаться *при шизофрении.* Они выступают не только в форме соматического или ипохондрического бреда телесных изменений, нарушений функций или уродства, но и как патологическая форма соматизации. У больного шизофренией могут наблюдаться и физические симптомы: боли, слабость, не объяснимые никакой органической причиной и не формирующие бредовых переживаний (Varsamis J., 1976).

Эндогенные депрессии при *шизофрении у детей*, по мнению Н. М. Иовчук (1989), наряду с аффектами тревоги, страха и других психических нарушений, отличаются псевдорегрессивными вегетативными расстройствами. Последние заключаются во временной остановке развития, частичной утрате речевых и моторных навыков, а также появлении энуреза и энкопреза. Вегетативные расстройства, проявляются нарушениями сна, питания и терморегуляции, а также соматоалгиями (неприятными, чаще всего болевыми телесными ощущениями) и псевдоневрологической симптоматикой.

У детей раннего возраста при шизофрении наиболее характерными проявлениями соматизации оказываются изменения ритма и качества сна, снижение аппетита, избирательное отношение к пище, плаксивость, временная приостановка в развитии, адинамия (Семеновская Э. И., 1972; Вроно М. С., 1975). Дошкольникам более свойственны несложные соматические жалобы, энурез, энкопрез, нарушения сна, особое отношение к пище, повышенная жажда, вазовегетативные расстройства (потливость, покраснение, побледнение кожных покровов), ослабленность, истощение, неопределенные неприятные ощущения в разных частях тела, гиперестезии, летучая, но стойкая боль (Кашникова А. А., 1973; Fish B., 1971). У школьников чаще обнаруживаются соматические и выраженные соматовегетативные расстройства (Сосюкало О. Д., 1973), а также эндокринные нарушения (Brambilla F. [et al.], 1969).

Примером могут быть депрессии при шизофрении, замаскированные субфебрилитетом или псевдоневрологическими расстройствами: головными болями, головокружениями, окуло-вестибулярной симптоматикой, чувством утраты энергии (Мамцева В. Н., 1988). Иногда появляются астеноподобные расстройства не свойственная возрасту озабоченность состоянием своего здоровья, физиологическими отправлениями, эпизоды с усилением соматоалгических расстройств и страхом смерти. Основными признаками этого варианта депрессии у школьников нередко оказываются школьная несостоятельность, при которой снижается продуктивность учебной деятельности, и боязнь посещения школы, связанные с падением витального тонуса, идеаторными расстройствами и нарушением поведения (Иовчук Н. М., 1989).

Соматизация у подростков может также наблюдаться и при других синдромах шизофрении. Возрастные особенности депрессий при шизофрении, наряду с психопатологическими проявлениями, включают массивные вегетативные симпто-

мы (тахикардия, потливость, зябкость, анорексия, запоры, аменорея, нарушения ритма сна), соматические эквиваленты (головные боли, тошнота, головокружение, боли в животе, неприятные ощущения в конечностях и в области сердца), необычную озабоченность своим физическим здоровьем (Иовчук Н. М., Козюля В. Г., 1981).

Соматические симптомы могут не только быть признаками текущего заболевания, но и указывать на повышенный риск возникновения шизофрении. Такими признаками у детей повышенного риска оказываются отклонения в развитии инстинктивно-вегетативной сферы. Изменения ритма «сон — бодрствование», в частности, проявляются в поверхностном сне с частыми пробуждениями, поздних засыпаниях, колебании его продолжительности.

Соматизация маниакальных состояний

Типичные маниакальные фазы сочетаются с повышением обмена веществ, уменьшением массы тела, изменением чувствительности и деятельности эндокринных желез. При осложненном течении и атипичных формах соматизация выражена в еще большей степени. Ее проявлениями могут быть сенестопатии, переживаемые как локализованные боли, тяжесть, ожог, спазм, судороги. Могут быть также разнообразные соматические нарушения, воспроизводящие синдромы бронхиальной астмы, желудочной диспепсии, гинекологических заболеваний и других расстройств. При атипичном варианте маниакально-депрессивного психоза, названном циклосомией (Плетнев Д. Д., 1989; Краснушкин Е. К., 1948), наряду с этими расстройствами отмечаются упорные головные боли пароксизмального характера, проявления симпатикотонии, неврологическая микросимптоматика и изменения состава белой крови (Гамкрелидзе Ш. А., 1980).

У детей гипоманиакальные состояния сопровождаются соматовегетативными расстройствами. Иногда вегетативные нарушения перекрывают аффективные проявления. В этих случаях в первую очередь отмечаются повышение аппетита, нарастание массы тела, уменьшение продолжительности сна при отсутствии явных признаков повышенного настроения. У старших детей, особенно в пубертатном возрасте, соматовегетативные расстройства уже менее выражены. При хронических гипоманиях у детей раннего возраста на передний план выступают вегетативные нарушения и моторное возбуждение.

Н. М. Иовчук (1989) наряду с другими вариантами выделяет вегетативную гипоманию, а среди разных гипоманий — соматизированную. К числу наиболее частых соматических симптомов в этих случаях относят потливость, блеск глаз, румянец на щеках, расстройства засыпания, бессонницу, булимию, полидипсию, ожирение, артериальную гипертензию, отсутствие утомления, ощущение бодрости, свежести, физического здоровья (Озерецкий Н. И., 1938; Северный А. А., Иовчук Н. М., 1984; Башина В. М., 1989; Буреломова И. В., 1986).

Соматизация тревожных состояний

При нервно-психических заболеваниях нередко встречаются тревожные состояния разной степени выраженности (40 %). Наряду с симптомами психического уровня появляются разнообразные психомоторные нарушения, вегетативные реакции в форме тремора, гипергидроза, бледности или гиперемии, мышечных подергиваний (Попов Х., 1986).

По W. Poldinger (1970), любой синдром страха складывается из трех групп симптомов: психопатологических, психомоторных и вегетативных.

Тревога из-за почти постоянного сочетания с соматическими проявлениями часто оказывается причиной обращения к терапевту или педиатру. Особенно это

касается больных с паническими расстройствами, частота которых в популяции 2—5 % (Herman J. B. [et al.], 1988). Обычно пациенты при этом жалуются на интенсивный страх, боли или дискомфорт в груди, сердцебиения, тахикардию, диспепсию, головную боль, головокружения, расстройство ритма дыхания, обмороки, потливость, ощущения жара или холода, парестезии. У них могут быть также страх смерти, чаще всего от сердечного заболевания, явления деперсонализации, боязнь замкнутого пространства.

Детский страх всегда связан с соматическими симптомами, возникает одновременно с ними и обусловливает такое состояние, в котором ребенок воспринимает конкретную ситуацию как непосредственную угрозу для своего существования (Abegg W., 1977). Повторные переживания страхов могут привести к нарушению общего состояния, особенно к расстройствам сна и аппетита. *В препубертатном возрасте* страх часто является ядром многих невротических состояний и при этом охватывает ограниченную область либо психических переживаний, либо висцеро-вегетативных функций. Легкость возникновения нейровегетативных проявлений у детей связана с быстрой и легкой иррадиацией нервных процессов из высших сфер в висцеральные области — особенность, которая с возрастом ослабевает, сохраняясь лишь у истерических личностей (Христозов Х., 1980).

Из 136 госпитализированных в психиатрическую клинику детей у 5,15 % обнаружили панические расстройства. У них были тревога отрыва от близких, страх смерти, депрессия, агрессия, нарушение внимания, оппозиционные расстройства, дистимия. Среди соматических расстройств отмечались тремор, диспноэ, удушье, сердцебиения, головокружения, боль и неприятные ощущения в грудной клетке, обмороки, парестезии (Alessi H. E., Maqen J., 1988).

Наибольшее количество соматических жалоб обнаруживается у детей с соматизированным заболеванием, психозом и тревогой отделения от близких. С тревогой отделения достоверно связаны боль в животе и сердцебиения. При этом у девочек отмечали больше соматических симптомов, чем у мальчиков (Livingston R. [et al.], 1988). По сравнению с депрессивными детьми, дети с тревогой склонны к преувеличению своих симптомов (Stavrakaki C. [et al.], 1987).

При неврозе страха и других невротических расстройствах с переживанием тревоги, вне зависимости от содержания переживаний (боязнь смерти, утраты родителей, страха транспортных средств или животных и т. д.), имеют место соматические проявления: анорексия, тошнота, боли в животе, понос, рвота, головная боль, учащение мочеиспускания, потливость, затрудненное дыхание, сердцебиения, неприятные ощущения в области сердца (Barker Ph., 1973).

Старшие дети и подростки, фиксируясь на своих переживаниях, часто жалуются на ощущения остановки сердца, удушья, затрудненное глотание, утверждают, что они тяжело больны, опасаются близкой смерти, требуют внимания к своему здоровью, просят немедленно показать их врачу (Ковалев В. В., 1979).

Возникновение соматизации при тревожных расстройствах объясняется такими облегчающими факторами, как улучшение осознавания и избирательного внимания к телесным ощущениям и соответствующая пугающая информация вообще, возрастание уровня возбудимости вегетативной системы, пессимистическая оценка своего здоровья (Lipowski Z. J., 1988).

Биологический подход к анализу тревоги позволяет понять, с одной стороны, механизм ее возникновения, а с другой — появление соматических расстройств. В частности, панические расстройства, являясь наследственными, могут возникать в определенной ситуации или спонтанно. Причем благодаря адренергической сверхактивности возникает десенситизация сердечного отве-

та на β-адренергическую стимуляцию и сверхактивность — на L2-стимуляцию. Предрасполагают к этим тревожным расстройствам нарушения обмена в области парагиппокампальной извилины, а также сверхактивность норадренергических систем, особенно в *locus coeruleus* (Teicher M. H., 1988).

Соматизация при истерических расстройствах

При истерических состояниях разрешение аффекта происходит посредством конверсионного механизма — психологические конфликты трансформируются в соматоневрологические проявления. Доказательством существования процесса конверсии может быть механизм провокации симптомов под действием психологического стресса и наличие первичной или вторичной выгоды существования симптомов (Engel G., 1984).

Соматизированные расстройства при истерических состояниях у детей. Распространенность последних составляет 12 % от всех психогений, наблюдаемых в детском возрасте (Горохов В. В., 1982). При этом у девочек в 3,3 раза больше, чем у мальчиков (Захаров А. И., 1988). В раннем возрасте число истерических синдромов у детей составляет 13 % от общего количества невротических расстройств.

Возникновению конверсионных расстройств способствуют конституциональные особенности истерической личности, механизмы подражания близким больным людям, аутоимитации перенесенных истинных соматических заболеваний. Однако конверсионные симптомы могут наблюдаться не только при истерии, но и при других соматических и неврологических, а также психических заболеваниях: шизофрении, опухолях мозга, рассеянном склерозе, гипертиреоидизме, менингите и др.

Среди соматических симптомов при истерических реакциях Е. Е. Сканави (1962) описывает рвоту, нарушение глотания, дыхания, кашель, задержку мочеиспускания, гиперестезию, обмороки и др. В. Я. Семке (1971) и В. И. Гарбузов (1977), систематизируя соматические расстройства при истерии у детей, подчеркивают их возрастные различия. Так, на первом году жизни наблюдаются психомоторный регресс, энурез, энкопрез. У детей от 1 года до 7 лет симптоматика более разнообразна — удушье, расстройства сна и часто те или иные формы нарушения питания: анорексия, рвота и др. У более старших детей и подростков наряду с энурезом, энкопрезом, нарушениями сна, головными болями могут наблюдаться почти все известные симптомы и синдромы (нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, сердечной деятельности).

Соматизация при психозах у детей и подростков. У 5131 ребенка (от 9 до 15 лет) с психозами выявлено 45 больных, у которых были психосоматические расстройства. В нескольких случаях у одного и того же ребенка отмечалось сочетание соматических расстройств: нейродермита с бронхиальной астмой, бронхиальной астмы с гастродуоденитом, вегетососудистой дистонии с пищевой аллергией. Иногда наблюдались сочетания с хроническим пиелонефритом, артралгией, хроническим субфебрилитетом, вторичной аменореей, рецидивирующими болями в животе и др. У 36 детей, страдавших шизофренией, отмечались нейродермиты, гастродуодениты и язвы желудка, бронхиальная астма, вегетососудистая дистония, нетоксический зоб, псориаз, витилиго и сахарный диабет. Аффективный, интоксикационный и инфекционный психозы сочетались с нейродермитом, псориазом или гастродуоденитом (Александрова Н. В., при участии Мартыновой М. Ю., 1985).

Изучение 511 подростков, охватившее продолжительный срок наблюдения, позволило выявить 29 больных (16—18 лет), у которых психопатия, наркомания, олигофрения, эпилепсия, шизофрения и другие психозы сочетались с нейродермитами, вегетососудистой дистонией, гастродуоденитом, язвой желудка и бронхиальной астмой. Преобладающим типом взаимоотношений психической и со-

матической патологии у этих подростков оказалось уменьшение выраженности соматических расстройств при присоединении или обострении психического заболевания (Б. Г. Фролов, персональное сообщение).

Таким образом, у 7 % из всех поступивших в детскую психиатрическую больницу за 5 лет детей оказалось сочетание психотических расстройств и соматического заболевания. Изучение этих больных привело к выводу о том, что наряду с наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам, своеобразием личности, микросоциальными трудностями у них обнаруживается сочетание дизонтогений (наследственной или приобретенной мозговой неполноценности) со значительной соматической отягощенностью (частые или длительно продолжающиеся заболевания). Это значительно нарушает нейродинамику и приводит к слабости механизмов защиты при неблагоприятных ситуациях, делая этих детей беззащитными перед лицом различных стрессов. У большинства наблюдавшихся детей часто отмечаются независимые отношения между психической и соматической патологией, отражающие высокую наследственную предрасположенность как к психосоматическим расстройствам, так и к психозу. Эти механизмы, запускаемые стрессовой ситуацией, реализуются вегетативной нервной системой и эндокринным аппаратом. Они лежат в основе соматических расстройств и способны вызвать значительные аффективные сдвиги, провоцируя развитие психических нарушений.

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Боль — комплекс психофизиологических проявлений, состоящих из когнитивных, нейрохимических, сенсорных, аффективных и мотивационных компонентов, которые действуют одновременно, вызывая восприятие различной степени интенсивности и различные реакции у разных индивидов и в разных социально-средовых условиях (Varni J. W., 1981).

Рецидивирующие боли относят к соматоформным (алгическим) расстройствам. Они закодированы в рубрике F45.4 раздела «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» в МКБ-10. Приводим определение этого расстройства. Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами. Происхождение хронического болевого синдрома связывают с одним из вариантов психогенно спровоцированных соматизированных истероконверсионных нарушений, либо с расстройствами аффективного спектра, либо с соматоформными болевыми расстройствами. Последние не всегда обнаруживают отчетливую связь с психотравмирующими обстоятельствами и отличаются локальностью и изолированностью. Хронические алгические расстройства среди посещающих кабинет по лечению неврозов составляют 25 % (Смулевич А. Б. [и др.], 1992). По B. Luban-Plozza [et al.] (1994), наряду с мигренью и головными болями, связанными с напряжением, алгические расстройства могут встречаться в следующих случаях:

1) при психосоматических реакциях на острую психотравмирующую ситуацию или конфликт (головные боли после особенно волнующих событий или тягостных переживаний, замещающие обиду, враждебность и гнев);

2) в рамках нарушений личностного развития: в одних случаях это простые аномалии душевного развития, при которых конфликты осознаются, в других — аномалии душевного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное (примерами могут быть невротические нарушения развития или психосоматические заболевания);

3) у психопатических личностей во время дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях;

4) как психосоматические симптомы при эндогенных психозах: сенестетические ощущения при шизофрении или психосоматические при депрессии.

Невротические механизмы могут быть основными в происхождении алгических явлений.

Особенности переживания болевого синдрома детьми

Дети описывают свою боль, характеризуя ее качество словами «тупая», «острая», «обжигающая», или указывают место появления, продолжительность и степень переносимости. Словесное определение боли детьми зависит от опыта и обучения в определенной среде; происходит от характеристики болезненного переживания; вторичных терминов, описывающих ее свойства (пронзающая, жгучая); третичных определений, уточняющих субъективное болевое переживание (глубокая, интенсивная, терпимая, подавляющая) (Fabrega H., Tyma S., 1976). Сам термин «боль» обозначает абстрактное понятие, характеризующее множественность ощущений различного происхождения и находящееся в зависимости от культурных и социальных факторов. Исторически слово «боль» несет в себе понятия страдания и наказания, а нейрофизиологический его смысл связывают еще и с вредоносным воздействием на ткани тела. Для маленьких детей само слово «боль» может не иметь значения, придаваемого ему старшими детьми.

Острая боль обычно сигнализирует о каких-то повреждениях и играет роль защитного механизма. Переживание боли состоит из двух компонентов: ощущений и реакции на них. Реактивную составляющую боли представляет страх, который может изменять болевые ощущения и при острой боли часто усиливает их. При хронической боли компонент страха выражен значительно меньше, так как пациент уже адаптировался к боли. Пациент с хронической болью характеризуется своеобразным поведением, депрессивным настроением или снижением активности. Хронические болевые реакции подкрепляются вне зависимости от вредоносности факторов, вызывающих боль. Фактически хронические болевые реакции могут стать полностью независимыми от определяющей их патологии и существовать даже тогда, когда патогенный фактор уже ликвидирован. Это контрастирует с острой болевой реакцией, которая более тесно связана с определяющей ее патологией.

4 группы болевых синдромов у детей: 1) синдромы, связанные с физическими повреждениями и травмами (ожоги, переломы); 2) синдромы, связанные с заболеваниями (гемофилия, артриты); 3) боли, не вызванные ни заболеваниями, ни физическими повреждениями (хронический абдоминальный синдром, головные боли напряжения и др.); 4) боли, вызываемые медицинскими процедурами (спинномозговые пункции, хирургические операции, отсасывание костного мозга).

Хронический абдоминальный синдром, головную и поясничную боль изучали в течение 8 лет у 18 162 школьников (6—19 лет). Головная боль выявлена у 20,6 %, хроническая абдоминальная боль — у 14,4 %, поясничные или «ростовые боли» — у 15 % обследованных детей. При этом у девочек эти болевые синдромы встречались чаще (Oster J., 1972).

Катамнестическое обследование взрослых, страдавших хроническим абдоминальным синдромом в детстве, показало, что у 5 % из них имеется синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, гастрит, понос, запор и метеоризм. У 89 % из них эти синдромы были спровоцированы стрессом. В контрольной группе только в 29 % случаев были синдромы поражения желудочно-кишечного тракта. Болевые синдромы, локализованные

в других органах (головные боли, поясничные боли и гинекологические боли), встречались в основной группе у 32 %, а в контрольной группе у 13 % обследованных (Cristensen M. F., Mortensen O., 1975). Хроническая абдоминальная боль чаще встречается у детей (28 %), родители которых страдали этим расстройством, в отличие от детей из контрольной группы (7 %). Эти данные указывают на роль социального обучения и моделирования детьми родительского болевого синдрома.

Оценка болевого синдрома у детей осуществляется не только по словесным жалобам, но и по таким невербальным признакам, как искаженная мимика, компенсирующая поза, скованные движения, хромота и отсутствие поведения, свойственного возрасту; приходится учитывать влияние среды, лечения и перенесенных ранее болевых синдромов. Для оценки жалоб детей на боль существуют специальные опросники и рейтинговые шкалы. Так, вопросник McGill, оценивающий болевые переживания, был создан R. Melzak (1975) и рассчитан на три класса вербальных характеристик: 1) сенсорную (временную, пространственную, давление, температуру); 2) аффективную (напряжение, страх); 3) оценочную (рейтинг субъективной оценки). Цель этой методики — дать количественное определение боли, с тем чтобы по этому показателю судить об эффективности лечения. Однако словесная характеристика болевого синдрома слишком ограничена, чтобы больной мог оценить свое переживание в полном объеме. У ребенка боль может появиться в том случае, когда он поймет, что она поможет ему избежать, например, экзамена. Повторное появление боли, освобождающей от неприятных ситуаций в школе, приведет к возникновению самоподдерживающего цикла, который позволит ребенку не посещать учебное заведение.

Головная боль (цефалгия) — одна из наиболее часто встречающихся жалоб у детей. Распространенность головных болей у детей от 5 до 33 % (Веснина В. А., Пикулин С. Д., 1978). Примерно три четверти от всех детей с головными болями этого числа приходится на мигрень. Происхождение последней понимают как комплекс гемодинамических нарушений. Однако мигрень скорее всего полиэтиологичное заболевание, в происхождении которого играют роль эндогенные и экзогенные факторы (например, перинатальные) (Громова Л. Л., 1984). У 35 % детей с синдромом вегетативной дистонии отмечены цефалгии (Талицкая О. Е., Шварков С. Б., 1999). Головная боль может быть симптомом черепно-мозговой травмы, опухоли мозга или разрыва внутричерепной аневризмы. Нередко причиной головной боли становятся нарушения рефракции или другая патология глаз. Хроническая головная боль может быть связана с запорами, поражениями печени и почек, глистной инвазией, проявлением эндогенных депрессий или депрессий другого происхождения (Nissen G., 1973; Мамцева В. Н., 1989). Пароксизмальная головная боль может быть эпилептическим эквивалентом. Умственное и физическое напряжение способны вызывать цефалгии, так же как шум, голод и неблагоприятные метеорологические факторы. В большинстве случаев головные боли являются следствием стрессов, вызванных неблагоприятными обстоятельствами жизни, с которыми личность не в состоянии справиться. В то же время эмоциональные стрессы иногда являются пусковыми механизмами при функциональных и органических заболеваниях.

У 136 из 150 обследованных детей с алгическими расстройствами были обнаружены цефалгии. У 54,4 % пациентов они были незначительно выраженными, описывались как давление изнутри в височных, лобных и затылочных областях. Болевым ощущениям было свойственно постоянство или почти неочерченная эпизодичность, иногда с не очень сильным головокружением, тошнотой, редко с рвотой, приносящей облегчение. Большей части детей было трудно определить качество головной боли. 35,3 % детей страдали более выраженными, но менее

продолжительными периодически повторяющимися головными болями. Головные боли часто сопровождались тошнотой, иногда рвотой, а также головокружением продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов. Дети их описывали образно: «сдавливает мозг», «как тесто мнет», «болит, как рана», «режет, как ножом». У 10,3 % больных цефалгии имели характер приступа мигрени. Болевые ощущения провоцировались интеллектуальным и (или) физическим напряжением, изменением погоды, а также психотравмирующими обстоятельствами и колебаниями настроения. Средний возраст начала головных болей — 9,1 года. У 83,1 % этих больных психопатологическая симптоматика определялась депрессией. Преобладали астено-тревожное, тревожное, реже тревожно-тоскливое и тоскливое настроения (Антропов Ю. Ф., 1999).

Абдоминальная боль органического происхождения встречается лишь у 5 % детей, тогда как жалобы на боли в животе в связи семейным неблагополучием и неприятностями в школе наблюдаются во много раз чаще. Обследование 1000 детей выявило рецидивирующие боли у 12,3 % девочек и у 9,3 % мальчиков. Чаще всего жалобы на боли в животе отмечались в 9—10 лет (Apley J., 1967). Частота болей варьирует от 6—7 приступов в течение суток до одного в неделю или месяц. Продолжительность приступа составляет 5—30 мин, но иногда он длится часами. Обычно болевой приступ — прямое следствие неблагоприятных обстоятельств. Выраженность болей средняя или легкая. Боли чаще начинаются постепенно. Болевой синдром может сочетаться с тошнотой, рвотой, бледностью, слабостью, головокружением. Ребенку, как правило, трудно локализовать боли, но изменения болезненности он отмечает правильно. Диагностика рецидивирующих болей в животе психогенного происхождения требует не только констатации отсутствия органического поражения, но и установления причины заболевания. Неправильное распознавание причины абдоминальных болей приводит к неоправданным хирургическим операциям в 20 % случаев при длительном наблюдении 161 ребенка (Stickler G. B., Murphy D., 1979).

Рецидивирующие боли в конечностях. Происхождение болей в конечностях различно. Это и быстрый рост (так называемые «ростовые боли»), и ревматические или ревматоидные заболевания, и растяжение, и эмоциональный стресс, и ортопедические дефекты, и миофасциальный болевой синдром. У наблюдавшихся 14 детей отмечались боли в нижних конечностях, и позвоночнике, и верхних конечностях. Обычно они имели характер миалгий, которые были длительными, достаточно выраженными и нарушали двигательные функции. Реже наблюдались болевые проявления, характеризовавшиеся как неприятные ощущения, покалывающие, колющие, сдавливающие, скручивающие боли в вечернее время, перед сном. Средний возраст первого появления болей в конечностях — 6,6 года. У всех больных алгические симптомы были на фоне субдепрессии, сочетавшейся с астеническими и тревожными проявлениями (Антропов Ю. Ф., 1999).

Особенности детей, страдающих алгическими расстройствами. У 150 детей изучены алгические проявления психосоматического происхождения, продолжавшиеся в среднем 2,6 года. Почти у половины детей они были выявлены в возрасте от 5 до 10 лет. У 98 % больных отмечена резидуально-органическая неполноценность; акцентуации черт характера — у 85 % детей. Наиболее часто это были эмоциональная лабильность, истерические, лабильно-истерические, реже — сенситивные и совсем редко — эпилептоидные и психастенические черты. Наследственность больных была отягощена нервно-психическими расстройствами (10 %), психосоматическими заболеваниями (30,7 %), патологическими чертами характера (86 %), в том числе тревожной мнительностью, аффективной возбудимостью, эпилептоидностью, истероидностью. У всех исследованных детей алгические симптомы возникали на фоне невротической депрессии. Происхождение депрессивных

проявлений в 67,3 % случаев было психогенным, в 45 % соматогенным и лишь в 2,6 % эндогенным. У подавляющего большинства больных наряду с различными проявлениями гипотимии были астения и тревога (Антропов Ю. Ф., 1999).

Тест

1. Психосоматическое расстройство — это:
а) расстройство функций органов и систем, в происхождении которых ведущая роль принадлежит психотравмирующим факторам;
б) истерическое расстройство;
в) ипохондрический синдром.

2. Причина психосоматических расстройств — это:
а) отягощенная наследственность;
б) эмоциональный стресс;
в) сочетание многих факторов, ведущий — психическая травма.

3. Психосоматическая реакция — это:
а) переживание больным своей хронической болезни или инвалидности;
б) соматическая симптоматика у нервного или психического больного;
в) кратковременное психогенное расстройство соматических функций.

4. Психосоматическая ситуация — это:
а) кратковременное психогенное расстройство соматических функций;
б) переживание больным своей хронической болезни или инвалидности;
в) ипохондрический синдром.

5. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы — это:
а) язвенная болезнь желудка, спастический колит;
б) коронарная болезнь сердца, гипертоническая болезнь;
в) «замирания» в области сердца, учащенное сердцебиение.

6. Психосоматические расстройства пищевого поведения — это:
а) язвенная болезнь желудка, спастический колит;
б) психическая анорексия, психическая булимия;
в) предпочтение одних видов пищи перед другими.

7. Психосоматические расстройства кожи — это:
а) сифилис;
б) нейродермит;
в) побледнение или покраснение кожи.

8. Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта — это:
а) тошнота;
б) дизентерия;
в) язвенная болезнь желудка, спастический колит.

9. Соматизация — это:
а) преобладание соматовегетативных проявлений при нервно-психических расстройствах;
б) кратковременное психогенное расстройство соматических функций;
в) психическое расстройство соматогенного происхождения.

10. Ипохондрия — это:
а) убежденность больного в наличии у него серьезного заболевания;
б) истерическое расстройство;
в) придумывание отсутствующего заболевания.

Литература

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. — СПб. : Речь, 2002.
Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М. : Гэотар, 1999.
Брязгунов И. П. Психосоматика у детей. — М. : Психотерапия, 2009.
Ефимов Ю. А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей//Неврозы у детей и подростков. — М., 1986. — С. 51—52.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер, 2006.
Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб. : Речь, 2005.
Кулаков С. А. Психосоматика. — СПб. : Речь, 2009.
Любан-Плоцца Б. [и др.]. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — СПб. : Из-во СПб. НИИП им. В. М. Бехтерева, 2002.
Микиртумов Б. Е. Нервно-психические нарушения при функциональных расстройствах менструального цикла в пубертатном возрасте: автореф. дис. ... д. мед. наук /Микиртумов Б. Е.— Л., 1988.
Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств. — М. : Триада-Фарм, 2002.
Смулевич А. Б., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний// Журнал невропатологии и психиатрии. — 1984. — Вып. 8. — С. 1233—1245.
Сосюкало О. Д., Ермолина Л. А., Волошин В. М. [и др.]. Депрессии в детском и подростковом возрасте//Научно-практическая конференция по неврологии и психиатрии детского и подросткового возраста. — Калуга, 1988. — С. 125—127.
Форман М. А., Хетцнекер У. Г., Дани Д. М. Психосоциальные аспекты педиатрии // Руководство по педиатрии; пер. с англ. — М. : Медицина, 1987. — С. 112—220.
Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей практике. — СПб., 2000.
Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М. : Эксмо-Пресс, 2001.
Робсон К. С. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. — М. : Медицина, 1999.
Alessi N. A., Magen J. Panic disorder in psychiatrically hospitalized Children // Am. J. Psychiatry. — 1988. — Vol. 145, 11. — P. 1450—1452.
Brautigam W., Christian P., von Rad M. Psychosomatische Medizin. — Stuttgart: Georg Thieme, 1997.

Глава 24. СОМАТОГЕННЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В этиологии нервно-психических расстройств большое значение имеют экзогенные (соматогенные) вредности: соматические, инфекционные заболевания и интоксикации. Их распространенность составляет от 4 до 7,8 % больных, поступающих в психиатрические больницы.

В процессе разработки учения об экзогенных (соматогенных) психозах оказалось, что их понять невозможно без учета целостности организма, взаимосвязи психопатологии и соматических нарушений. Психическое расстройство при соматическом заболевании (ревматический психоз) первым описал W. Griesinger в 1860 г. M. Baillarger (1880) определил, что существуют психические расстройства, являющиеся осложнением со стороны психики при соматических заболеваниях. Однако в это понятие вкладывался различный смысл. K. Bonhoeffer (1908), например, считал, что при острых экзогенных психозах вне зависимости от вредности, их вызывающей, наблюдается ограниченная и однородная группа синдромов: делирий, галлюциноз, эпилептиформное возбуждение, сумеречное состояние, ступор, аменция с кататонией или с бессвязностью.

В противоположность этому E. Kraepelin (1896) утверждал, что для каждой инфекции или яда имеются только им присущие формы психического реагирования. Важен темп действия вредности, а не ее внешнее или внутреннее происхождение.

По мнению же A. Hoche (1912), внутренние или внешние этиологические моменты являются лишь толчками, от которых приходят в действие преформированные механизмы, заложенные в психике индивида, реагирующего на вредность.

Работами современных психиатров было доказано, что для развития психопатологической симптоматики имеет значение совокупность факторов: качество вредности, ее доза, состояние мозга в момент действия вредности и конституция индивида (Вольфовский О. И., Гольденберг М. А., 1941; Серафимов Б. Н., 1937; Runge W., 1928; и др.). Оказалось, что при соматогенных (симптоматических) психозах встречаются все возможные синдромы. Однако наиболее характерными считаются расстройства сознания и астения.

Традиционно изучение соматогенных нервно-психических расстройств у детей проводилось в психиатрических клиниках. В связи с этим анализу подвергались, как правило, выраженные психические расстройства с затяжным или периодическим течением. Значительно реже описывались случаи кратковременных расстройств, не требовавших госпитализации. В последние десятилетия выраженные и особенно тяжелые формы соматогенных психических нарушений у детей стали редкостью.

С начала 1980-х гг. наш коллектив поставил задачу исследовать проблему нервно-психических нарушений при соматических заболеваниях у детей, обратившихся в детскую поликлинику или находившихся на лечении в соматических стационарах. Это позволило выявить весь спектр нервно-психической симптоматики: от начальных проявлений до выраженных психотических нарушений.

В результате изучения неглубоких психических нарушений удалось показать, что симптомы нервно-психических расстройств в подавляющем большинстве случаев сочетаются с личностными реакциями на соматическое заболевание. Эти ре-

акции зависят от особенностей личности, возраста, пола и тем явственнее, чем менее выражена и тяжела психопатологическая симптоматика.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

К соматогенной психической патологии в широком смысле относятся нервно-психические расстройства, связанные с экзогенными факторами: инфекционными болезнями, интоксикациями, травматическими поражениями мозга. Предполагается, что экзогенные расстройства возникают вследствие действия внешних причин, а эндогенные — благодаря развертыванию внутренних механизмов, реализации наследственного предрасположения. На самом деле между «чистыми» эндогенными и экзогенными расстройствами существуют переходы. При одних психических заболеваниях имеется очень выраженное предрасположение, легко спровоцированное незначительным внешним воздействием, при других заметного предрасположения отметить не удается, а этиологическим фактором оказывается мощная экзогения.

О распространенности экзогенных психических расстройств можно судить по данным В. И. Горохова (1982). Среди наблюдавшихся им больных, заболевших в детстве, 10 % составляли экзогенно-органические заболевания. Причиной их в 24 % случаев послужили травмы головы, в 11 % — менингиты, энцефалиты, в 8 % — соматические и инфекционные заболевания, в 45 % — сочетания перечисленных факторов.

Среди этиологических факторов инфекционных психозов отметим такие заболевания, как грипп, пневмония, корь, скарлатина, кишечные инфекции, малярия, гепатит, ангина, тонзиллит, ветряная оспа, отит, ОРЗ, краснуха, герпес, полиомиелит, коклюш. Нейроинфекции вызывают психические расстройства в ходе развития менингитов, энцефалитов (менингококковый, паротитный, туберкулезный, клещевой, энтеровирусный и др.), бешенства. Возможны также вторичные энцефалиты при гриппе, пневмонии, кори, сыпном тифе, дизентерии, малярии, ветряной оспе и после вакцинации. Острые психозы могут возникать при ревматизме, красной волчанке, склеродермии, узелковом пери- или панартериите. Встречаются нервно-психические расстройства, осложняющие заболевания почек, эндокринных желез, крови, пороки сердца. Описываются нарушения психики, обусловленные отравлением трициклическими антидепрессантами, барбитуратами, антихолинергическими препаратами, бензином, растворителями, алкоголем, ацетилсалициловой кислотой, гормональными препаратами (кортикостероидами, АКТГ), марганцем и др. Травматические поражения мозга (сотрясения, ушибы и реже открытые травмы) также могут оказаться причиной острых психических нарушений.

Связать возникновение обсуждаемых расстройств с одной-единственной причиной очень трудно. «Нельзя выделять один главный фактор, и тем более единственный, и свести к нему этиологию явления» (Давыдовский И. В., 1962). Экзогенному психическому расстройству обычно предшествуют факторы, ослабляющие организм, снижающие его реактивность. К их числу относят особенности конституции, иммунной реактивности, повышенную ранимость определенных, например диэнцефальных, отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, перенесенные воспалительные или травматические повреждения мозга, многочисленные соматические заболевания, тяжелые моральные потрясения, перенапряжения, интоксикации, хирургические операции.

Особенности воздействия экзогенного «причинного фактора» определяются его силой, темпом воздействия, качеством и особенностями взаимодействия пред-

располагающих и производящих причин. По данным Б. Я. Первомайского (1977), могут возникнуть три типа взаимодействия организма и инфекции. При первом из них из-за высоких вирулентности инфекции и реактивности организма, как правило, для возникновения психических расстройств нет условий. При затянувшейся инфекционной болезни (второй тип) возможность развития психических расстройств будет зависеть от дополнительных факторов. В этом случае правильный уход, диета, лечение, борьба с последствиями инфекционного процесса (например, с обезвоживанием) оказываются решающими. Третий тип характеризуется и невысокой реактивностью, и недостаточностью терморегулирующей системы. При этом пирогены действуют не только на гипоталамус, но и на кору головного мозга. Возникающее охранительное торможение играет роль защиты организма, и психические расстройства, в которых оно проявляется, выполняют положительную роль.

Для понимания патогенеза экзогенных нервно-психических расстройств учитывают значение развивающихся церебральной гипоксии, ацидоза, аллергии, нарушения мозгового метаболизма, изменение водно-электролитного баланса, гипопротеинмию, нарушение кислотно-основного состава ликвора и крови, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, нарушение ликворообращения, сосудистые и дисциркуляторные изменения, отек мозга, дистрофические процессы в нервных клетках.

Острые психозы с помрачением сознания возникают при воздействии интенсивных, но непродолжительно действующих вредностей, в то время как протрагированные психозы, приближающиеся по клиническим проявлениям к эндогенным, развиваются при длительном влиянии вредности более слабой интенсивности (Тиганов А. С., 1978).

В связи со сходством в общих чертах патогенеза всех экзогенных психических расстройств, а также из-за недостаточности наших знаний деталей этих особенностей для понимания патогенеза можно использовать имеющиеся данные по инфекционным психическим нарушениям.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Любому профессионалу, работающему с детьми, необходимо разбираться в начальных, или стертых, проявлениях психических расстройств экзогенной природы, которые чаще всего встречаются в жизни. Умение распознать самые начальные признаки психических нарушений позволяет вмешаться и в большинстве случаев предупредить развертывание оформленных и тяжелых картин психических расстройств, а также уменьшить вероятность развития связанных с ними резидуально-органических психических нарушений.

НАЧАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПРЕПСИХОТИЧЕСКИЕ (НЕРАЗВЕРНУТЫЕ) СИМПТОМЫ ЭКЗОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Нарушения ночного сна: затруднение засыпания, беспокойный сон; снохождение (поднимается, встает, ходит во сне); сноговорение (что-то бормочет, произносит нечленораздельные слова или фразы во сне); кошмарные сновидения; ночные страхи (просыпается, кричит, с испуганным лицом пытается бежать); бессонница; сонливость.

Астенические явления: головная боль; чувство разбитости; непереносимость внешних раздражителей (громких звуков, яркого освещения; плаксивость; капризность; повышенная эмоциональная возбудимость; легкая истощаемость аффекта;

быстрые переходы от слез к радости и наоборот; чувство внутреннего беспокойства; повышенная утомляемость при физической и психической нагрузке; ослабление «памяти»; расстройство внимания (затруднение сосредоточения, легкость отвлечения, сужение объема внимания).

Эмоциональные расстройства: пугливость; страхи; тревожность; дистимии; недовольное раздражительное состояние; благодушие; эйфория (чувство довольства, радости); экзальтация (чрезмерная восторженность); депримированность (стойкое сниженное настроение); апатия (безразличие).

Расстройства произвольной деятельности: снижение активности (двигательной, игровой) до ее полного исчезновения («ничего не хочу делать», «буду лежать»); разные степени двигательной расторможенности (от суетливости до двигательного беспокойства).

Идеаторные нарушения: подозрительность, ипохондричность (преувеличение имеющихся страданий), легкость возникновения навязчивых и сверхценных идей («вредят, пугают, обижают; бросают родители»).

Расстройства восприятия: иллюзорное восприятие окружающих предметов и явлений, в том числе фантастическое усложнение реальных узоров (обоев, ковров и т. д.); галлюцинации — при засыпании, пробуждении, в бодрствующем состоянии (устрашающие видения, пугающие звуки и шепот, неприятные прикосновения); психосенсорные расстройства — искаженное восприятие величины, формы, количества реальных предметов или их частей («удвоение игрушки», «мама маленькая», «стенки шкафа перекосило»); расстройства схемы тела («язык не помещается во рту»; «голова распухла», «ножки длинные»); оптико-вестибулярные расстройства («пол качается», «стены рушатся», «потолок падает»); деперсонализация («все вижу как в тумане, как во сне, иначе», «исчезли чувства, потеряли остроту, притупились», «как будто совсем не сплю»); сенестопатии — мурашки, покалывания, онемения и др.

Расстройства сознания: легкие степени оглушенности (затруднения понимания обращенной речи и формулирования собственных переживаний, односложность ответов после паузы, неточность ориентировки); субделириозные состояния (кратковременные эпизоды страхов, тревожности, сочетающиеся с расстройствами восприятия и двигательным беспокойством).

Б-я С. 4,5 года. В больницу поступила в связи с тем, что стала пугливой, злой и агрессивной.

Отец страдает гемофилией, у него ампутирована одна рука. Отличается тяжелым характером, употреблял наркотики, год назад ушел из семьи.

У матери парапарез нижних конечностей (ДЦП), характер конфликтный.

Девочка от второй беременности, с токсикозом. Роды со стимуляцией под наркозом. Девочку приложили к груди на третьи сутки. Диагностирована послеродовая энцефалопатия. В младенчестве аппетит был снижен, была беспокойной, часто плакала, кричала. Отмечалась небольшая задержка в психомоторном развитии.

Летом (полгода назад) во время ОРЗ с невысокой температурой оцарапал кот. Ночью стали сниться страшные сны: «Черный, волосатый, с когтями».

Перед госпитализацией болела ОРЗ с высокой температурой (39 °С). Ночью было несколько эпизодов продолжительностью не более 10—15 мин со страхами, во время которых рукой смахивала жучков, паучков, вынимала их из волос у бабушки. Видела уродцев. Днем стала сердитой, часто озлоблялась, в ответ на замечания дралась с «обидчиком». В дальнейшем неоднократно отмечались ночные страхи. В кошмарных сновидениях видела человечков без рук, без ног, которые, как она боялась, могут ее схватить.

В отделении девочка беспокойна, легко вступает в конфликты, агрессивна, дерется с детьми. Во время беседы гримасничает. Речь косноязычна. Контакт не продуктивен. Внимание легко отвлекаемо. Память ослаблена, интеллект снижен.

Острое респираторное заболевание у девочки с легкими последствиями родовой травмы осложнилось краткими делириозными состояниями. В последующие дни были ночные кошмары. Затем появились нарушение поведение и аффективная неустойчивость. Диагноз: кратковременный инфекционный психоз, расстройство поведения с задержкой развития церебрально-органического генеза. Рекомендуется общеукрепляющее и седативное лечение. Показана психотерапия с целью релаксации и улучшении социализации.

Пароксизмальные проявления: приступы тонических мышечных сокращений и клонических судорог с потерей сознания; приступы вздрагивания конечностей или всего тела с изменением или без изменения сознания.

Перечисленные нервно-психические нарушения завершаются обычно легкими астеническими явлениями и затем выздоровлением, совпадающим или следующим за исчезновением соматических симптомов. Они могут быть мимолетными и ликвидироваться без перехода в другие проявления. Наконец, возможен менее благоприятный исход, когда вслед за начальными симптомами развертываются более или менее выраженные психические расстройства.

РАЗВЕРНУТЫЕ СИНДРОМЫ СОМАТОГЕННЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Оглушение характеризуется затрудненным восприятием внешних раздражителей, отсутствием реакций на тихую речь, появлением лишь ориентировочной реакции на нормальную по интенсивности речь при возможности ответов на громко заданные вопросы. На другие раздражители — звук, свет, запахи, прикосновения больной реагирует также в зависимости от их силы. Мыслительный процесс затруднен, что обнаруживается при оценке как настоящих, так и прошлых событий. Ориентировка в месте и времени расстроена.

Делирий проявляется в галлюцинаторном помрачении сознания, в котором преобладают истинные, яркие зрительные, а иногда тактильные и слуховые галлюцинации и иллюзии, образный бред, двигательное возбуждение, дезориентировка в окружающем и во времени.

Аментивная спутанность или чаще встречающаяся у детей и подростков *астеническая спутанность,* отличаются бессвязностью мышления и речи, растерянностью, аффектом недоумения, крайней отвлекаемостью внимания. При нередко возникающем речевом возбуждении — выкрики из отдельных слов или фраз. Восприятие и реакции замедленны. Отмечается нарушение ориентировки не только в месте, времени, но и нередко в собственной личности. Может быть психомоторное возбуждение, иногда сменяющееся заторможенностью, достигающей в некоторых случаях ступора. Разница между аментивной и астенической спутанностью в том, что последняя характеризуется менее глубокой дезориентировкой и временами сменяется более или менее выраженным прояснением сознания, во время которого больной способен сосредоточиться и ответить на некоторые вопросы, с тем чтобы, истощившись в беседе, опять вернуться в прежнее состояние.

Эпилептиформное возбуждение — остро развивающееся расстройство сознания с резким возбуждением и страхом. Больной мечется, убегает от мнимых преследователей, выкрикивает одно и то же, переживает страх, который отражается в его мимике. Возбуждение может внезапно смениться сопорозным сном или спутанностью.

Острый галлюциноз — состояние, характеризующееся преобладанием в клинической картине вербальных (словесных) галлюцинаций и сопровождающееся растерянностью, страхом, тревогой. Галлюцинаторные переживания, как правило, усиливаются в ночное время.

Онейроид проявляется полной отрешенностью больных от окружающего, впечатляющим содержанием возникающих в воображении сценических переживаний, сказочных фантастических событий. Эти переживания возникают на фоне резкой заторможенности или растерянно-суетливого возбуждения, причем преобладающий эффект может сменяться — от страха, тревоги до экстаза (напряженно переживаемого восторга, блаженства).

Депрессия, т. е. глубоко сниженное настроение, может сочетаться с заторможенностью течения мыслей, моторных проявлений, с постоянной, усиливающейся к вечеру астеничностью либо с возбужденностью, тревожностью, многоречивостью и слезливостью.

Депрессивно-параноидное состояние выражается сочетанием депрессии с вербальными галлюцинациями, бредовыми идеями, астенией.

Галлюцинаторно-параноидное состояние характеризуется бредом преследования, вербальными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями, астенией.

Апатический ступор проявляется обездвиженностью, аспонтанностью, чувством апатии, безучастности к происходящему вокруг и к своему собственному состоянию.

Маниакальное состояние — необычно веселое настроение с многоречивостью, чрезмерной активностью, иногда с бредовыми переживаниями, нарушениями сознания.

Преходящий корсаковский синдром — тяжелое расстройство памяти на события настоящего, обманы памяти (конфабуляции и псевдореминисценции), дезориентировка при относительно лучшей сохранности воспоминаний на события прошлого.

Состояние эмоционально-гиперестетической слабости отличается астенией, выраженной лабильностью аффекта, непереносимостью даже незначительного эмоционального напряжения, громких звуков, яркого света, утомляемостью, истощаемостью, крайне неустойчивым вниманием, ослабленной памятью. В таком состоянии больные кажутся потерявшими свои знания и навыки, они плохо и с большим трудом соображают, раздражительны, вялы, апатичны или подавлены, отмечаются слабость, нарушение аппетита и сна.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОБЩИХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Каждый из представленных здесь синдромов может встретиться при любом из острых экзогенных психических расстройств. Однако необходимо отметить имеющееся своеобразие при некоторых заболеваниях.

Для *гриппозного психоза,* по мнению Г. Е. Сухаревой (1974), характерны синдромы нарушения сна и бодрствования: бессонница, сонливость, извращение ритма сна, эпизодические онейроиды и делирии, а также аффективные нарушения с выраженной эмоциональной гиперестезией (депрессия, тоскливое возбуждение, приступы безотчетного страха, сопровождающиеся болями в области сердца и другими болезненными ощущениями). По нашим наблюдениям, гриппозные психозы оформляются главным образом в виде нарушений сознания: астенической или реже аментивной спутанности и значительно реже в форме онейроида, сноподобного оглушения и делирия, сменяющихся астенией. Наиболее общие особенности этих расстройств сознания — в колебании их интенсивности («мерцании»), в содержательности переживаний и близости их личности больного (Исаев Д. Н., 1960).

Психические нарушения при скарлатине зависят от стадии заболевания. В продромальном периоде нередки эйфория, возбуждение, затем — оглушенность,

сонливость. На высоте заболевания — сновидно-делириозные состояния, психосенсорные расстройства («ноги врастают в постель», «тело тяжелое», «голова пустая»). В период реконвалесценции отмечаются астенодепрессивные состояния с бредовой настроенностью.

В картинах *психозов при пневмонии* преобладают состояния расстроенного сознания: астеническая спутанность, делириозно-депрессивный синдром в сочетании с оглушением (Боднянская Н. Н., 1973).

При *вирусном гепатите* обнаружено, что примерно в 10 % случаев наряду с соматическими проявлениями заболевания дети страдают психическими расстройствами. Психические нарушения у одних были в форме астении, проявлявшейся вялостью, разбитостью, слабостью, затруднением сосредоточения, утомляемостью, головной болью и головокружениями, снижением игровой активности, нежеланием делать уроки, общаться со сверстниками. Эти нарушения достигали степени астеноапатического или астеноадинамического состояний. У других больных отмечались расстройства сна: сонливость днем, затрудненность засыпания, сон поверхностный, сопровождающийся кошмарами, страхами и сноговорениями ночью. У третьей группы детей наблюдались внутреннее беспокойство, эпизодическая беспричинная тревога, сниженное настроение. У нескольких пациентов были парэйдолии, истинные зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства, оптико-вестибулярные нарушения.

Б-я 4,5 года. Внезапно ночью развился страх, сбрасывала с себя одежду, не позволяла к себе прикоснуться. Кричала: «Змея, червяки». Показывала рукой туда, где все это видела. В течение ночи такие эпизоды продолжительностью 10—15 мин повторялись дважды. Продолжительное время (около 10 ч) после этого не могла заснуть. Не могла успокоиться, не разрешала себя одевать. Сопротивляясь, говорила, что неприятно, больно, «червяки ползают».

На следующий день показывала на ползающих в трусах червяков, сбрасывала с себя одежду. Со страхом кричала: «Боюсь, больно». Только после приема лекарства смогла заснуть.

Девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозами 1-й и 2-й половины беременности. Родилась в тазовом предлежании, было сделано кесарево сечение. Грудь взяла на 7-е сутки. В течение первых месяцев жизни много беспокоилась, плакала. Развитие на 1-м году без видимых отклонений. В годовалом возрасте перенесла пневмонию с очень высокой температурой. С 1,5 года посещает ясли, однако к ним привыкала плохо. Была малообщительна. Не умела играть с ребятами. Себя занимала тем, что стучала по кастрюле. В 2,5 года сильно испугалась гудка локомотива. В 3 года напугана дребезжанием вибрирующих труб. Возникли энурез и энкопрез, отказывалась от чужого горшка. В последнее время стала бояться шума. Не любит слушать чтение книг. Девочка неласковая. Не любит, когда ее пытаются погладить. Назойлива, упряма. Не переносит запретов, реагирует на них плачем, криками. Имеются страхи — собак, высоты, воды, темноты. Отмечаются сноговорения. Часто болеет «простудными заболеваниями» с очень высокой температурой. За 3 месяца до настоящего заболевания было ОРЗ(?) с гипертермией и рвотой. Заболевание продолжалось 3 недели. За месяц до поступления в больницу, будучи в зоопарке, очень испугалась. Переживала происшедшее весь день. Вскоре — снова высокая температура, рвота, жидкий стул. Появились протестные реакции, плохо спала. Мать с озлоблением продолжала отправлять ее в детский сад. Девочка несколько дней отказывалась ходить в туалет.

В отделении в первые дни, показывая на разные вещи, спрашивала: «А что это?», «Где змея?» Что-то с себя стряхивала, двигала руками. Настроение было сниженным. В дальнейшем стала замкнутой, упрямой. Игры были примитивными. Обнаруживала истощаемое внимание, сниженный темп мышления, малый словарный запас, ухудшение памяти, косноязычие. Была эмоционально лабильной. Было предположено хроническое заболевание печени.

Девочка от осложненной беременности, трудных с помощью кесарева сечения родов. Перенесла много заболеваний. Пострадала от отрыва от семьи, будучи отправленной в ясли

в 1,5-годовалом возрасте. Росла замкнутой, пугливой, отставала в психическом развитии. Перенесла несколько трудных ситуаций, сильно их переживала. Возникали психосоматические реакции. Соматическое заболевание (хронический гепатит?) осложнилось делирием, который повторился несколько раз.

Кишечные инфекции осложняются вначале глубокой астенией, слабостью, вялостью, раздражительностью, затем подавленностью и тревогой, которые на высоте заболевания сочетаются с устрашающими зрительными галлюцинациями (звери, пауки), психосенсорными расстройствами и двигательным беспокойством. При токсической дизентерии преобладают оглушенность, судорожные явления, реже встречаются делирии (Кудрявцева В. П., 1963).

При *кори* в инкубационном периоде встречается раздражительность, плаксивость, двигательное и речевое возбуждение, в разгаре заболевания — делириозные синдромы с оптико-вестибулярными расстройствами, сенестопатиями с последующим оглушением, в периоде выздоровления — астения, нередко сопровождающаяся утратой приобретенных навыков (Симсон Т. П., Модель М. М., 1952).

В остром периоде *полиомиелита* может быть астения со страхами, тревогой, сновидными переживаниями, делириозными эпизодами, при энцефалитической форме — разные степени оглушения и психосенсорные расстройства (Галинис В. И., 1962).

Ревматизм при первых приступах может проявиться в форме обмороков, висцеро-вегетативных кризов, что связано с нарушением мозгового кровообращения и реакцией диэнцефально-лимбических структур (Доброгаева И. В., 1973). Дальнейшее его течение знаменуется своеобразным астеническим синдромом, на фоне которого развиваются: а) моторные расстройства: замедленность, меньшая ловкость движений, подергивания, двигательное беспокойство, насильственные действия; б) сенсорные расстройства: удвоение окружающих предметов, приближение или удаление их, восприятие цветных шаров, ощущение падения, проваливания, изменение вкусовых ощущений, нарушение восприятия собственного тела (отчуждение рук, ощущение присутствия кого-то рядом); в) эмоциональные расстройства: раздражительность, вспыльчивость, немотивированная плаксивость, обидчивость, тревожность (Деянов В. Я., 1962). Выраженные ревматические психозы чаще всего оформляются в картине онейроидных или депрессивных синдромов (Осипова Е. А., 1946).

При *энцефалитах* и *менингитах* особенности психических проявлений определяются типом возбудителя, локализацией его действия (менингеальные оболочки, мозговая ткань), патогенезом (первичные или вторичные энцефалиты), видом патологического процесса: гнойное или серозное воспаление в оболочках мозга, пролиферативные и альтеративные энцефалиты. Примером вторичного энцефалита может быть коревой, при котором в момент завершения высыпания на фоне уже снизившейся температуры тела возникает новый подъем — развивается сначала вялость, сонливость с двигательным возбуждением, а затем возможно глубокое помрачение сознания — сопор и даже кома с гиперкинезами, а у младших детей и судорогами.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

В подавляющем большинстве случаев соматогенные психические расстройства проявляются астенией. Нередко на ее фоне возникают депрессивные (подавленность, плаксивость, чувство безысходности), апатические (безразличие, вялость) или ипохондрические (сосредоточенность на своем соматическом состоянии, не-

верие в выздоровление) состояния. Встречаются также истерические (привлечение к себе максимума внимания в связи с болезнью), фобические (страх перед резким ухудшением соматического состояния), эйфорические (немотивированное веселье) и другие включения.

Астения, лежащая в основе этих расстройств, обычно проходит ирритативную, апатическую и атоническую стадии. В первой из них, характеризующейся раздражительностью, тревожностью, могут возникнуть нарушения восприятия: галлюцинации, иллюзии, необычные телесные ощущения, бредовое толкование окружающего и своего состояния, а в наиболее тяжелых случаях — астеническая спутанность или делирий. Для апатической стадии, отличающейся вялостью, равнодушием к своему заболеванию и окружению, бедностью мыслительных процессов, падением активности, более свойственны деперсонализация, менее яркие и чувственные галлюцинации, бредовые идеи и расстройства сознания онейроидного типа или в форме спутанности. Если наступает атоническая стадия, то развивается апатическое состояние, достигающее степени выраженной оглушенности.

Для **эндокринных заболеваний** характерен так называемый психоэндокринный синдром. При нем постепенно нарастают ослабление памяти и интеллекта, расстраиваются инстинктивная деятельность и мотивации, изменяется личность больного в целом. *Гипотиреозу* более свойственны нарушения памяти в сочетании с аспонтанностью и равнодушием, *гипертиреозу* — тревожная торопливость, депрессия, боязливое ожидание несчастья, *тетании* — эпилептиформные нарушения. В случае вовлечения в патологический процесс *диэнцефальной области* чаще встречаются выраженные психотические расстройства с бредовыми и аффективными синдромами. Картина этих психозов, как, например, при болезни Иценко — Кушинга, напоминает шизофреническую (Целибеев Б. А., 1966).

При *сахарном диабете* в начале заболевания имеют место явления массивного церебрастенического синдрома, за которым может последовать коматозное состояние; с улучшением состояния церебрастения сменяется неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, в стадии стабилизации на передний план выдвигаются вегетативные нарушения и диэнцефальные пароксизмы, становится более заметной задержка психического развития (Вечканов В. А., 1973).

Приводим краткую историю болезни, иллюстрирующую трудности диагностики соматогенных психозов (наблюдение Г. К. Поппе).

Б-я Ч., 14 лет. Раннее развитие благополучное. С 12 лет стала отставать в росте, кожа стала более сухой, появилась зябкость. Постепенно развились малоподвижность и вялость, ничем не интересовалась, не могла быстро собрать свои вещи. Стала пугливой, нерешительной, при приходе гостей пряталась в угол. В 8 классе пошла в новую школу. Там училась с трудом, стеснялась своего низкого роста, нерасторопности. Лицо стало одутловатым и землистым. Руки были холодны и цианотичны. Появилась утомляемость, ухудшился сон и аппетит. Казалось, что родные недовольны ею, а соседки смеются: «лентяйка», «сухая», «низкорослая». Почти не выходила на улицу. Когда ее возили к врачам, то думала, что родные хотят от нее избавиться. Услышала, как отец сказал: «Убью ее!», а брат: «Отравлю». Не спала по 2—3 ночи. Казалось, что окружающие знают ее мысли, повторяют их вслух, смотрят на нее, комментируют ее действия. Была госпитализирована. Элементарно ориентирована. Отвечала тихо, односложно, не сразу. Не запомнила имя врача, дату и первые дни пребывания в больнице. Говорила: «все серо», «звуки доходят глухо». Жаловалась на «тупость в голове», плохую память. Была заторможенна, депрессивна, плаксива. Считала себя низкорослой, сухой, неспособной работать и учиться. Вялая, сонливая, большую часть времени лежала в постели. В классе не могла заниматься. Не способна сложить двузначные числа. При проверке интеллекта производила впечатление умственно отсталой. Был заподозрен гипотиреоз, начато лечение тиреоидином. Больная сразу же стала бодрее, улучшилось настроение, встала с постели. Заявила, что «стала лучше соображать голова». Присту-

пила к занятиям в классе. Однако в это время периодически появлялись «голоса» родных и врачей, говорящие, что она их «убивает». Исчезли зябкость, сухость кожи, запоры. Улучшилось усвоение школьного материала. Вспомнила пройденную школьную программу. Под влиянием лечения исчезли пастозность лица и ног, сухость кожи и цианоз, нормализовался менструальный цикл, пульс вместо 55 стал 80 уд/мин. Артериальное давление поднялось с 90/50 до 130/75 мм рт. ст. Масса тела увеличилась с 40,5 до 44,5 кг, рост — со 136 до 143 см. Через год: регулярно принимает тиреоидин, явлений гипотиреоза нет, успешно учится в швейном училище. Критически оценивает переживания во время болезни.

У больной наряду с остановкой роста и появлением соматических признаков гипотиреоза наблюдались вялость, утомляемость, легкая оглушенность, затрудненность интеллектуальной деятельности и апатическая депрессия. Психотическое состояние, развившееся на этом фоне, следует расценить как тревожно-галлюцинаторный синдром с эпизодическими слуховыми галлюцинациями, с бредовыми трактовками конкретного характера, созвучными личности и ситуации, со звучанием мыслей и чувством открытости. Течение психотических соматических симптомов и исход заболевания позволили поставить диагноз соматогенного психоза, что подтверждается наличием гипотиреоза и успехом от лечения тиреоидином.

О нервно-психических расстройствах, возникающих при *нарушении менструального цикла* в пубертатном возрасте, известно мало. У девочек-подростков 11—16 лет обнаружено несколько синдромов, типичных для этой патологии и связанных с нарушением центральных регулирующих функций гипоталамуса: астеновегетативный, тревожный, тревожно-ипохондрический, обсессивно-фобический, депрессивно-ипохондрический, астенодепрессивный, сенестопатически-ипохондрический, дисморфофобический. Ниже мы приводим лишь выписку из истории болезни (наблюдение Б. Е. Микиртумова).

Б-я Д., 15,5 года. В семье дед, бабушка и два дяди по линии матери страдали хроническим алкоголизмом. Отец — пьяница и скандалист, во время одного из пьяных дебошей сломал больной руку, несмотря на развод с матерью, продолжает жить в той же квартире. Больная в раннем дошкольном возрасте перенесла в тяжелой форме корь. Менархе в 13 лет, с 14 лет во время менструации головокружения, обмороки, гипергидроз, повышенный аппетит, жар и озноб, частые позывы на мочеиспускание. Активна, общительна, эмоционально лабильна. После домашних ссор считала себя лишней, появились суицидные мысли, уходила из дома, ночевала на лестнице, отказывалась от еды. После случившегося дома пожара по ночам вскакивала, был приступ кашля, обморок, маточное кровотечение, продолжавшееся в течение месяца. Во время всего этого периода сохранялись слабость и раздражительность, было трудно заниматься. Постоянно чувствовала тревогу, казалось, что о ней все плохо думают, будто она сделала что-то нехорошее. Было такое чувство, как будто «на нее смотрят, как на развратную». После пробуждения тревога нередко достигала такой силы, что захватывала ее всю, сковывала, девочка в этот момент стояла у кровати, не могла двигаться. На этом фоне были неоднократные вагоинсулярные кризы. Тревожное состояние с идеями отношения у этой больной обусловлено той же причиной, что ювенильное кровотечение. Наличие вагоинсулярных приступов, как и характер психических расстройств, указывает на гипоталамический уровень поражения. По-видимому, ему способствовали наследственная отягощенность и хроническая психотравмирующая ситуация. Страх в связи с пожаром сыграл роль провокации ювенильного кровотечения, а с ним и психического расстройства.

Психические расстройства при заболеваниях почек. Одной из их особенностей является мерцающая оглушенность, на фоне которой развиваются более сложные психопатологические картины. Аменция и аментивно-делириозные расстройства либо монотонны, стереотипны, без страха, тревоги, продолжительностью не более 2–3 нед., либо реже с выраженным кататоническим возбуждением. Сменяющая их астения продолжается несколько месяцев и сочетается с апатией или депрессией, но может быть и в форме астеновегетативного синдрома. На ее фоне развивается

болезненная личностная реакция с чувством неполноценности, депрессивными и ипохондрическими переживаниями, могут быть онирические переживания — от ярких сновидных гипнагогических галлюцинаций до делириозных эпизодов (Герман Т. Н., 1971).

Описывают также делирии, при которых имеются неяркие неподвижные зрительные галлюцинации и невыраженное двигательное возбуждение со стереотипиями и редко с судорогами. Иногда обнаруживается эндоформная симптоматика в форме кататонического возбуждения, чередующегося с судорогами, апатическим ступором или бредовыми явлениями на фоне астении.

При осложнении почечного заболевания гипертонией может возникнуть псевдотуморозный вариант экзогенно-органического психоза. При хронической почечной недостаточности в терминальной стадии у большинства больных отмечаются астено-депрессивные явления с деперсонализацией, делириозно-онейроидными переживаниями, бредом, судорогами (Лопаткин Н. А., Коркина М. В., Цивилько М. А., 1971).

О психических нарушениях при этих заболеваниях у детей известно меньше. Наблюдавшиеся нами больные обнаруживали галлюцинаторные и делириозоподобные эпизоды на фоне выраженной астении, двигательную расторможенность с эйфорией, тревожно-ипохондрические переживания с обсессивными явлениями.

Б-й В., 11,5 года. Развитие без особенностей. Болел краснухой и дважды пневмонией. Учится удовлетворительно. С 7 лет страдает болезнью почек. В настоящее время диагностируется хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, период обострения. Психическое состояние характеризуется неусидчивостью, не может спокойно оставаться на месте даже на короткое время, вертит головой, щелкает пальцами, вмешивается в дела окружающих. Эйфоричен, сам отмечает у себя повышенное настроение: «хочется бегать, прыгать». Несмотря на понимание вредности нагрузок, не может удержаться от излишней активности. О болезни заявляет: «Я не помню о ней». Внимание неустойчивое, умственная работоспособность легко истощается, утомляем. Уровень реактивной и личностной тревожности низок. В данном случае нелегко объяснить причину возникновения психического расстройства и именно в форме эйфорически окрашенной астении. Можно лишь предположить, что в основе лежит тяжелое нарушение функции почек, не совместимое с нормальной работой ЦНС. Профилактика психических расстройств затруднительна, так как потребовала бы длительного применения психофармакологических средств без уверенности в их безвредности для почек.

Среди болезней крови *лейкозы* занимают особое место. Тяжесть физического состояния больных всегда побуждает врача сосредоточить внимание на нервно-психических проявлениях, серьезно осложняющих положение ребенка, что в связи с увеличением длительности жизни пациентов наблюдается достаточно часто (Алексеев Н. А., Воронцов И. М., 1979). Так, астенические и астеновегетативные синдромы встречаются у 60 %, менингоэнцефалитический синдром, обусловленный нейролейкозом, — у 59,5 % больных.

Среди нервно-психических расстройств, встречающихся у детей, страдающих острым лейкозом, обнаружены дистимические, тревожные, депрессивные, астенические и психоорганические расстройства непсихотического уровня. Реже наблюдаются психозы с тревожным возбуждением, тревожно-астенической, депрессивной или депрессивно-адинамической симптоматикой, а также в форме астенической спутанности. Течение этих нервно-психических расстройств осложняется тяжестью соматического заболевания, наличием сопутствующих психотравмирующих факторов, формированием отрицательной внутренней картины болезни (Исаев Д. Н., Шац И. К., 1985). В связи со сказанным для лечения непсихотических расстройств рекомендуется сочетать психотропные средства с психотерапией.

Психические расстройства при ожоговой болезни, патогенетические факторы которой (тяжелая интоксикация, сильный болевой синдром, обширные гнойные процессы, поражение внутренних органов — почек, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, нарушение водно-солевого равновесия) приводят во многих случаях к этим нарушениям. Постоянное место на всех этапах болезни занимают стойкая астения, неврологическая симптоматика и нарастающие интеллектуальные нарушения. В течение первой, эректильной фазы, наряду с психомоторным возбуждением наблюдаются неврологические признаки поражения ствола мозга (глазодвигательные расстройства, нистагм, слабость и асимметрия мимических мышц), мышечная гипертензия, тотальная гиперрефлексия, вегетососудистые симпатико-тонические расстройства: повышение артериального давления, тахикардия, тахипноэ, бледность и сухость кожи. Вторая, торпидная фаза характеризуется общемозговыми нарушениями с заторможенностью и оглушенностью, снижением чувствительности и рефлексов, психотическими расстройствами. Среди психозов описывают онирические, делириозные эпизоды, состояния спутанности и оглушенности, галлюцинаторно-параноидные, астеноипохондрические, астеногипоманиакальные синдромы (Богаченко В. П., 1965). Н. Е. Буториной [и др.] (1990) нервно-психические расстройства у детей и подростков при ожоговой болезни описываются в зависимости от ее стадии. Во время ожогового шока на первом этапе отмечаются острые аффективные шоковые реакции, чаще в форме двигательной бури, на следующем этапе расстройства сознания: оглушенность, спутанность в сочетании с делирием и судорожные состояния. На этапе токсемии преобладают такие расстройства сознания, как астеническая спутанность, делириозно-онейроидные эпизоды, тревожно-депрессивные, депрессивно-фобические и деперсонализационные состояния. В период септикотоксемии обнаруживается энцефалопатия с тревогой, раздражительностью, страхом, реакциями протеста и отказа. В периоде выздоровления явления энцефалопатии осложняются психоэмоциональными факторами, в результате возникают астенодепрессивные, астеноипохондрические и обсессивно-фобические проявления. Сходные наблюдения приводятся и другими авторами (Анфиногенова Н. Г., 1990). Например, после завершения выздоровления, спустя 6—12 месяцев, наиболее частое явление — церебрастения с вегетативной нестабильностью, диссомнией, эмоциональными и поведенческими нарушениями. У большинства больных на депрессивном фоне возникает дисморфофобия (Шадрина И. В., 1991).

Изучение детей, поступивших в стационар с ожоговой болезнью, обнаружило у них психические нарушения, тяжесть которых зависела от площади ожогов и глубины поражения. Непосредственно вслед за травмой у детей возникают эмоциональное возбуждение, двигательное беспокойство и различной степени выраженности расстройства сознания. На период токсемии, характеризующейся высокой лихорадкой, приходится большинство наблюдаемых психозов: делириозных или делириозно-онейроидных расстройств, особенность которых — в отсутствии психомоторного возбуждения и волнообразном течении. В период септикопиемии на первый план выступают эмоциональные и двигательные нарушения: эмоциональная лабильность, неглубокая депрессия, плаксивость, страхи, двигательное беспокойство, возбудимость, развертывающиеся на фоне явной астении. Во время выздоровления и улучшения соматического состояния обнаруживаются нарушения поведения с легкой возбудимостью и иногда агрессивностью (Зильберман И. А., 1988).

Для понимания клинической картины нервно-психических расстройств у детей с ожоговой болезнью необходимо знать особенности их преморбидной личности (до возникновения ожога), микросоциальное окружение и другие факторы

риска возникновения ожогов. В 75 % случаев эти дети из семей с неадекватным к ним отношением и неправильным воспитанием. У 50 % из них в прошлом психологические травмы. У них наблюдается невропатоподобный синдром (Фролов Б. Г., Каганский А. В., 1985).

ОСОБЕННОСТИ ИНТОКСИКАЦИОННЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Распространение бытовой химии, широкое использование и хранение дома лекарственных средств и алкогольных напитков таит в себе опасность случайного их приема детьми. Нередко такие отравления приводят к психическим расстройствам и оказываются тем опаснее, чем меньше ребенок и больше доза принятого средства. Другой из возможных причин интоксикационных психозов является необычная чувствительность ребенка к лечебным дозам препарата, случайная его передозировка. Известны психозы, вызванные атропином, циклодолом (ромпаркином, артаном), динезином, димедролом, преднизолоном, АКТГ, кортизоном, фенамином, изониазидом, нуредалом, ипразидом, мумиё и другими средствами.

Холинолитические препараты способны вызвать у детей кому с последующим развитием онейроида или делирия, а у младших детей — отдельных галлюцинаторных эпизодов (Федотов Д. Д. [и др.], 1976). При возникновении психических расстройств от терапевтических доз этих препаратов возможны астеновегетативные нарушения (Буторина Н. Е. [и др.], 1973). Интоксикационные психозы у детей могут проявляться галлюцинозом в сочетании с двигательным беспокойством (Eggers C., 1975). Лечение кортизоном в некоторых случаях приводит к депрессивно-бредовому состоянию с кататонической симптоматикой.

Наблюдавшаяся нами девочка 13 лет длительно лечилась по поводу тотальной алопеции преднизолоном. В процессе терапии у нее развился выраженный онейроидно-кататонический синдром, который, несмотря на отмену гормонотерапии, сохранялся в течение нескольких недель.

Другая возможность развития интоксикационных психических расстройств — употребление различных веществ, модных в определенных группах подростков. В связи с любопытством, желанием приобщиться к группе, завоевать авторитет или по принуждению дети и подростки принимают алкоголь, лекарства (димедрол, циклодол, азафен и др.), вдыхают пары растворителей, бензина. Естественно, что при этом появляется опасность интоксикации и психических расстройств. А. Е. Личко, В. С. Битенский (1991) описали у подростков психозы, вызванные алкоголем, циклодолом, димедролом, амфетамином, эфедрином, кокаином, гашишем. Они указывают на возможность возникновения делириев, галлюцинозов, онейроидов и параноидов в результате злоупотребления этими препаратами.

Приведем пример интоксикационного психоза — делирия, развившегося у 14-летнего подростка после выпитого вина с таблетками димедрола. Ночью на фоне бессонницы и резкого страха он увидел мужчин, которые влезли через балкон, ходили по комнате, размахивали дубинками, хотели избить отца. Он стал разговаривать с пришельцами, и они ушли в дверь. На кухне видел двух школьников, а в комнате появились крокодилы и медведи, плясавшие в течение некоторого времени перед ним. Сбрасывал с себя жучков и белых червей. Наутро правильно ориентировался в обстановке, но был эйфоричным, возбужденным и вначале не понимал болезненности пережитого. Через несколько дней полностью восстановилось правильное поведение и критика к психотическому эпизоду.

Интоксикационные психозы у детей не всегда столь кратковременны.

В одном из наших наблюдений мальчик 14 лет в связи с отравлением бензином на фоне возникшего страха увидел колдунью, а сзади нее кресты, поля, вокруг вилась липкая желтая лента. Колдунья дотрагивалась до больного, что усиливало страх. Он прислушивался, улавливал какие-то голоса, смысл которых не мог разобрать. Вокруг мелькали тени. Такое состояние повторялось в форме эпизодических обострений в течение более чем двух месяцев, в последующем некоторое время сохранялись тревожность, беспокойство, яркая вегетативная симптоматика, нарушение сна. Полное выздоровление последовало лишь после длительного лечения в больничных условиях.

Возможно, что неблагоприятное течение психических расстройств в этом случае объясняется легкой органической неполноценностью, обусловленной осложненным пренатальным развитием и проявлявшейся отставанием развития речи, крайне слабой успеваемостью, неустойчивым асоциальным поведением. Определенную роль могла сыграть и неблагоприятная семейная обстановка.

ТИПЫ, ТЕЧЕНИЕ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКЗОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

На модели инфекционных психозов С. С. Мнухин (1963) выделил четыре основные формы течения экзогенных нервно-психических расстройств: 1) однократная, однотипная по структуре, кратковременная психотическая вспышка (оглушенность, делириозный эпизод); 2) однократный, однотипный по структуре, продолжительный и устойчивый психотический приступ (тревожное, тревожно-бредовое, онейроидное состояния); 3) периодическое течение, характеризующееся многократным повторением однотипных клинических картин (делириозно-онейроидных); 4) чередование разнородных психотических состояний, например тревожных, апатоабулических и нелепоэйфорических (волновое течение). Три первых типа отличаются вполне благоприятными исходами с отсутствием каких-либо резидуально-органических расстройств и в конечном итоге заканчиваются полным выздоровлением. Лишь при периодическом течении под влиянием дополнительных вредностей в дальнейшем могут повторяться отдельные приступы. При волновом типе течения даже после первых приступов выявляются дефекты психики органического типа, преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

У детей раннего возраста после инфекций, интоксикаций, контузий, алиментарных дистрофий, тяжелых истощающих заболеваний могут утрачиваться приобретенные навыки. Эти нарушения держатся в течение недель или месяцев, а затем медленно восстанавливаются. При этом дети могут терять навыки ходьбы и речи, понимания речи, способность узнавания окружающих лиц и предметов, способность самостоятельно есть, проявлять самозащитные реакции; они становятся неопрятными, ни на что не реагируют, издают нечленораздельные звуки. Такие состояния расцениваются как слабоумие, однако это преходящее угнетение мозговой деятельности держится в течение недель или месяцев, а затем наступает медленное восстановление утраченного, ребенок как бы заново овладевает тем, что уже умел ранее. По прошествии этого периода у большинства детей выявляются резидуальные нарушения в виде психического недоразвития, изменений личности или различного рода припадков (Барыкина А. И., 1954).

Протекание экзогенных психических расстройств у детей зависит от возраста. Мы изучили влияние этого фактора на трех группах детей 3—6, 7—12, 13—14 лет, перенесших инфекционные психозы. Частота выраженных психозов у дошкольников незначительна в сравнении со старшими детьми; в большинстве случаев они развивались у детей с патологией пре- и перинатального периодов, проявлявшейся в форме невропатий или энцефалопатий. Ослабленность предшествующими соматическими заболеваниями чаще была у детей дошкольного возраста. У младших школьников часто встречался нейротизм, а среди подростков многие

имели выраженные акцентуированные черты характера. Младшие школьники, как правило, заболевали в связи с перенесением «цепочки» инфекционных и соматических заболеваний. У дошкольников в подавляющем большинстве случаев наблюдаются делириозные эпизоды, астенические же проявления редуцированны, кратковременны и относительно редки. У младших школьников преобладают аффективные и астенические проявления: тревожные, тревожно-галлюцинаторные, тревожно-ипохондрические, астенодепрессивные, астеноипохондрические. Чем старше дети этой группы, тем ближе симптоматика к той, которая наблюдается у подростков. Синдромы расстроенного сознания встречаются у них в два раза реже, чем у дошкольников, и более продолжительны. У подростков преобладают выраженные и разнообразные синдромы расстроенного сознания: делирия, онейроида, астенической или аментивной спутанности, которые протекают более длительно и нередко повторяются. У них чаще отмечается самостоятельный или сочетающийся с другими состояниями развернутый астенический синдром (Исаев Д. Н., Александрова Н. В., 1983).

Часто болезненные состояния экзогенного типа остаются нераспознанными, и поэтому ничего не делается для предупреждения стабилизации расстройств, их утяжеления или повторного проявления. В то же время известно, что далеко не во всех случаях наступает полное выздоровление. В связи с этим необходимо учитывать факторы, препятствующие восстановлению психического здоровья, и добиваться нейтрализации или смягчения их действия. К их числу относятся наследственная отягощенность психическими и эндокринными заболеваниями, рано приобретенная органическая неполноценность ЦНС, истощенность многими соматическими болезнями в прошлом, ослабленность непосредственно предшествующими психозу заболеваниями, невропатия, психопатические черты личности, неблагоприятные микросоциальные условия (неправильное воспитание, неадекватное отношение к ребенку) и др.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Первичная профилактика симптоматических психических расстройств сочетается с профилактикой самих инфекционных и соматических заболеваний. В связи с этим все мероприятия, направленные на мобилизацию защитных сил организма (закаливание, иммунизация, адекватное питание), санитарный надзор за атмосферой, водой, пищей, жилищами, детскими учреждениями, пищевыми предприятиями и т. д., противоэпидемические меры при возникновении инфекционных заболеваний — одновременно являются действенными средствами предупреждения психических расстройств, сопровождающих инфекционные болезни, первичные или вторичные поражения мозга. Первичной профилактикой психических расстройств, обусловленных инфекционным процессом, фактически является его эффективное лечение. Как правило, более легкое течение заболевания уменьшает риск возникновения симптоматического психоза, следовательно, задача — предупреждение утяжеления состояния, укорочение течения процесса — одновременно является и задачей профилактики психических расстройств.

Терапия начальных, неоформленных и выраженных психотических расстройств является вторичной профилактикой, которая направлена на предупреждение затяжных или повторяющихся расстройств и, главное, — стойких резидуально-органических нарушений, для чего вмешательство должно осуществляться на самых ранних стадиях развития психических расстройств, соответствовать стадии и имеющейся симптоматике. При таком подходе резко повышается вероятность обрыва развивающихся расстройств.

При своевременной терапии острых начальных нервно-психических расстройств легче приостановить дальнейшее их развитие, например, в оформленный делирий, нежели его успешно лечить в дальнейшем. В этот период назначаются общие успокаивающие средства: холод на голову, теплые ванны (34—36 °С), препараты брома, транквилизаторы (феназепам, нитразепам), одновременно улучшающие сон. При появлении расстройств восприятия, гиперестезий, мерцающих нарушений сознания назначают внутримышечно диазепам (седуксен). При нарастании тревоги и страха вводят аминазин, левомепромазин (тизерцин). Одновременно проводится лечение основного заболевания, в связи с чем, как правило, нецелесообразно таких больных переводить из соматических отделений в психиатрические. Важное место занимает также дезинтоксикационная терапия (гемодез, полидез внутривенно капельно, полиглюкин, реополиглюкин, глюкоза внутривенно, изотонический раствор натрия хлорида с витаминами, обильное питье).

Более оформленные и продолжительные, например галлюцинаторно-бредовые, синдромы в связи с выраженными соматическими расстройствами предпочтительно лечить френолоном, тераленом, меллерилом (тиоридазином), так как они лучше переносятся. При отсутствии эффекта приходится переходить к более сильным нейролептикам с избирательным действием: галоперидолу, аминазину в сочетании с антипаркинсоническими средствами (циклодолом). Полезно добавление ноотропов. Депрессивные состояния лечат азафеном, амитриптилином, пиразидолом или мелипрамином, депрессивно-бредовые состояния — антидепрессантами в комбинации с трифтазином или галоперидолом. Терапия эмоционально-гиперестетической слабости заключается в назначении общеукрепляющего лечения, больших доз витаминов, препаратов фосфора, аминалона, транквилизаторов (диазепама, триоксазина), психотонизирующих средств и психостимуляторов. Корсаковский синдром лечится аминалоном, церебролизином, дибазолом, нуклеотидом натрия, витаминами, фосфорсодержащими средствами.

На высоте соматического заболевания или в период реконвалесценции у детей младшего возраста нередко возникают энцефалические реакции с судорожным синдромом и другие пароксизмальные состояния. Их механизм связан с внутричерепной гипертензией, раздражением сосудистых сплетений и рецепторов мозговых оболочек, с явлениями отека и набухания мозга, обусловленными дисциркуляторными нарушениями. Течение и тяжесть этих реакций определяются гипоксией, тахипноэ с гипокапнией, ацидозом, гипертермией, функциональной недостаточностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, электролитными сдвигами в организме. Неотложная помощь при энцефалических реакциях должна учитывать указанные звенья их патогенеза. С целью дегидратации назначают маннитол, лазикс, глицерин. При утяжелении состояния показана люмбальная пункция. Среди регидратационных средств: плазма, реополиглюкин с гемодезом, изотонические растворы — они назначаются в зависимости от степени обезвоженности. С гипоксией борются с помощью кокарбоксилазы, АТФ, оксигенотерапии. Гормональная терапия применяется с целью восстановления нарушенной гемодинамики, расстроенного обмена, нормализации электролитного состава тканей и включает преднизолон, гидрокортизон, дезоксикортикостерона ацетат (ДОКСА). Борьба с гипертермией проводится с помощью литических смесей, локального охлаждения мозга, печени, магистральных сосудов. Противосудорожное лечение включает диазепам (седуксен) внутривенно, оксибутират натрия (ГОМК), гексенал. Реже применяют хлоралгидрат, который вводят ректально со слизью из крахмала. При отсутствии эффекта применяют наркоз с миорелаксантами.

У 10 % детей, перенесших энцефалическую реакцию, в дальнейшем развивается эпилепсия.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С МОЗГОВЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ (НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ)

Нейроинфекции характеризуются тем, что при них преимущественно поражается центральная нервная система и имеются клинические проявления, отражающие эту локализацию. В связи с изменением в последнее время клинической картины нейроинфекций они стали протекать со стертой симптоматикой. Легкие головная и мышечные боли, нарушения сна, чувство разбитости, снижение аппетита, падение работоспособности могут быть началом любого заболевания: легко и самостоятельно проходящего или серьезного (менингита, энцефалита). При энцефалитах и менингитах особенности психических проявлений определяются типом возбудителя (арбовирусы, вирус эпидемического энцефалита, вирусы кори, ветрянки, краснухи, стафилококк, стрептококк, малярийный плазмодий, токсоплазма, бледная трепонема и др.), локализацией его действия (в менингеальных оболочках, в мозговой ткани), патогенезом (первичный или вторичный энцефалит), видом патологического процесса: гнойное или серозное воспаление в оболочках мозга, пролиферативный и альтеративный энцефалит. Тяжесть симптоматики и особенности течения (острое течение или затяжное) зависят не только от вирулентности возбудителя, но и от дополнительных иммунологических, гормональных, диетических и других факторов, а также от способности вырабатывать интерферон.

Среди заболеваний детского мозга энцефалиты занимают большое место. У них наблюдаются не только первичные, но и вторичные энцефалиты. Дети чаще взрослых реагируют энцефалитическими синдромами на экзогенные и эндогенные вредности, на аллергическую перестройку организма. Не все энцефалитические процессы проходят с размягчениями тканей мозга и нарушениями кровообращения. В ряде случаев речь идет не об энцефалитах, а о неспецифических энцефалических реакциях. Более частое появление этих мозговых расстройств у детей в сравнении со взрослыми объясняется легкостью возникновения нарушений мозгового кровообращения, набухания и отека мозга. К энцефалитам следует относить только такие поражения мозга, при которых возникает воспаление (Футер Д. С., 1965). Наиболее часто встречаются энцефалиты, возникающие при кори, ветрянке, коклюше и вакцинации. Некоторые авторы объединяют их в группу аллергических энцефалитов.

Наиболее часто встречающаяся психопатологическая симптоматика при нейроинфекциях (менингитах, энцефалитах) относится к синдромам расстройств сознания. Чаще всего это сомноленция, оглушение, сопор, кома, делирий, аменция, сумеречное расстройство. Обычно симптоматика сменяется и иногда чередуется. Острое начало нейроинфекции наиболее часто знаменуется высокой температурой, повышением внутриглазного давления, которые переходят в кому или делирий, а затем, спустя несколько часов, могут смениться нарушениями памяти, аффективными расстройствами, отсутствием критического отношения к заболеванию. Психическим расстройством в начале нейроинфекции может быть аментивная или менее глубокая спутанность сознания, которая в дальнейшем перейдет в делирий, особенно при резком падении температуры, гемодинамических нарушениях, коллапсе. При менингитах и энцефалитах с преимущественной локализацией поражения на основании мозга нередко развивается преходящий или стойкий амнестический симптомокомплекс (корсаковский синдром). Другим непосредственным следствием нейроинфекции могут стать те или иные варианты органического психосиндрома. Появляющиеся тревожность, депрессивная замкнутость, ипохондричность, переживание собственной несостоятельности и другие симпто-

мы непсихотического уровня могут быть следствием реагирования личности на нейроинфекцию. Особенности клинической картины находятся в зависимости от этиологии: вирусная инфекция мозга (осенний комариный, клещевой, очаговый геморрагический, летаргический энцефалиты), общее инфекционное заболевание (грипп, ревматизм, малярия, дизентерия, сыпной тиф), аллергическая реакция (вакцинация, корь, ветрянка, краснуха). Симптоматика также отражает локализацию поражения (менингеальные оболочки, вещество мозга, нервы и др.). Кроме того, имеет значение характер анатомических изменений: гнойное, негнойное воспаление, геморрагии в мозговом веществе или в оболочках мозга, дисциркуляторные изменения.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Энцефалиты стрептококкового, стафилококкового, пневмококкового, гонококкового происхождения. Воспаление мозговой ткани сочетается с геморрагиями, иногда эмболиями и микроабсцессами. Возникает отек разной степени выраженности и негнойное размягчение мозга. При поражении менингеальных оболочек появляются ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, головные боли, рвота. Очаговая симптоматика встречается не во всех случаях. Психические нарушения наблюдаются в форме (различных расстройств сознания (спутанность, кома), эпилептиформных припадков).

Гнойные менингиты вызываются главным образом менингококками, пневмококками, гемофильной палочкой Пфейффера, стафилококками, а также кишечной палочкой, сальмонеллой, синегнойной палочкой, грибами. Как правило, это острые заболевания с лихорадкой, сильной головной болью, рвотой, ригидностью затылочных мышц, симптомом Кернига, болями в животе, симптомами поражения черепно-мозговых нервов и т. д. В спинномозговой жидкости — плеоцитоз, повышение уровня белка, снижение содержания сахара. Психические нарушения проявляются в форме нарастания беспомощности, светобоязни, сонливости, расстройства сознания: различных степеней оглушения до комы, реже делирия и судорожных припадков.

Энцефалиты вирусные могут иметь острое, подострое и хроническое течение. У детей наблюдаются расстройства сознания, лихорадка, беспокойство, судороги и повышение внутричерепного давления. При остром течении часто появляются нарушения сенсорного синтеза, потеря приобретенных навыков: координированной походки, самообслуживания, речи, способности читать и писать. Характерны также тяжелые общие и неврологические расстройства. Среди остаточных явлений обычны спастические монопарезы и гемипарезы, расстройства чувствительности, нарушения зрения и функций черепно-мозговых нервов, экстрапирамидные нарушения, афазии и судорожные припадки. Кроме того, могут возникнуть изменения поведения, снижение способности к обучению и воспитанию и в некоторых случаях грубые нарушения интеллектуального функционирования.

Эпидемический паротит может вызывать асептический менингит или менингоэнцефалит. У многих детей, особенно первых лет жизни, с начала заболевания наблюдаются общая вялость, сонливость, адинамия, сноподобная оглушенность. Могут быть также состояние возбуждения, бред, гипнагогические галлюцинации и иллюзии, нарушения сенсорного синтеза, иногда нарушения памяти. У некоторых больных развиваются нарушение сознания или общие судорожные приступы. Энцефалит обычно при этом легкий, но иногда осложняется слепотой, мозжечковой атаксией.

Примером вторичного *энцефалита* может быть также *коревой* энцефалит, при котором в момент завершения высыпания на фоне уже снизившейся темпе-

ратуры тела возникает ее новый подъем. При этом развивается сначала вялость, сонливость с двигательным возбуждением. Затем возможно появление делирия, глубокого и длительного помрачения сознания — сопора и даже комы с диффузными и массивными неврологическими симптомами (гемипарезами, гиперкинезами и судорогами) и последующим расстройством памяти, напоминающим корсаковский синдром. Описан случай фазнопротекавшего коревого энцефалита. Циклические приступы при этом проявляются расстройствами настроения на фоне изменения сознания. Приступы напоминают сон, они или сновидные, или онейроидные. Перед началом приступов отмечается гиперемия склер, конъюнктивы, век, нарушается модуляция голоса, бывают эпизоды застывания (Модель М. М., Симсон Т. П., 1952). Могут быть остаточные явления в форме параличей, слепоты, судорожных явлений.

Клещевой энцефалит, как правило, протекает две фазы. Вначале наблюдаются резкий подъем температуры, сильные головные и мышечные боли, иногда рвота и боли в животе. Уже в первые часы болезни или через 3—10 дней на фоне этих симптомов развивается менингоэнцефалит, сопровождающийся оглушением или делирием, реже аменцией, психомоторным возбуждением или ступором. У одних детей могут наблюдаться вялость, апатия, безынициативность, маломодулированная речь, у других отмечаются резкая раздражительность, нетерпеливость, возбуждение. Очаговые симптомы очень разнообразны (Галант И. Б., 1959; Цукер М. Б., 1986). Часто встречаются тремор, нистагм, парезы, расстройства мочеиспускания, экстрапирамидные нарушения.

Лечение гнойных менингитов комплексное, этиотропное, патогенетическое и симптоматическое. При менингококковой инфекции назначают натриевую и калиевую соль бензилпенициллина либо левомицетин, а также в легких случаях сульфамонометоксин. При пневмококковом менингите предпочтителен левомицетин, но рекомендуются тетраолеан, цефалоспорины. При стафилококковом менингите назначают натриевую соль оксациллина или метициллина, ампиокс, цефалоспорины, линкомицина гидрохлорид. Одновременно ребенок должен получать противостафилококковый гамма-глобулин, противостафилококковую плазму и стафилококковый анатоксин.

Дегидратационная терапия: маннит, фуросемид (лазикс), сульфат магния. Дезинтоксикационная терапия: гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, неокомпенсан, плазма, изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера.

При тяжелых формах показан преднизолон, гидрокортизона ацетат или декаметазон.

Лечение клещевого энцефалита производится противоклещевым гамма-глобулином, применяются также вакцина, рибонуклеаза, дезинтоксикационные и дегидратационные средства.

Лечение вторичных энцефалитов складывается из применения дезинтоксикационных, десенсибилизирующих, дегидратирующих средств, гамма-глобулина. При ветряночном энцефалите назначают также метисазон, дезоксирибонуклеазу, кортикостероиды. Для профилактики осложнений — антибиотики широкого спектра действия.

Сифилис центральной нервной системы

Сифилис мозга. Церебральный сифилис у детей обычно врожденного происхождения. Приобретенный сифилис встречается редко. У детей он протекает как общая инфекционная болезнь, вовлекая в процесс и внутренние органы, и центральную нервную систему. При сифилисе мозга поражаются оболочки и сосуды мозга, нервная ткань страдает лишь вторично. Локализация поражений чаще оча-

говая. 10 % всех заболевших страдают сифилисом мозга. Инкубационный период длится от 2 до 10 лет.

Менингеальные реакции и менингит обычно наблюдаются во второй стадии сифилиса.

Сифилитическая неврастения является воспалительным раздражением оболочек мозга, вызванным токсикозом. Она характеризуется общим недомоганием, разбитостью, подавленным настроением, раздражительностью, снижением работоспособности, ухудшением памяти, головными болями, головокружением, болями во всем теле, нарушениями сна, анорексией. Имеющиеся сифилитические экзантемы, изменение формы и рефлекторной подвижности зрачков, изменение их реакции на свет и аккомодацию, повышение сухожильных и периостальных рефлексов позволяет правильно оценить этиологию астенических симптомов. Эта неврастения часто является продромом к последующему более тяжелому проявлению сифилиса. Менингиты чаще начинаются на более поздней стадии. При подостром базальном менингите имеют место рвота, параличи, парезы черепно-мозговых нервов. При подостром менингите выпуклой поверхности мозга возникают оглушение, психомоторное возбуждение, головная боль, головокружение, рвота, эпилептиформные припадки. Часто к этим симптомам добавляются моноплегии, афазия, апраксия. При остром начале отмечается повышение температуры. Продолжительность заболевания от 2—3 недель до нескольких месяцев. Возможны самопроизвольные улучшения и ухудшения состояния. Реакция Вассермана не всегда положительна.

Гуммы головного мозга. Симптоматика может напоминать таковую же при опухолях мозга. Встречается редко.

Сосудистые формы.

Апоплектиформный синдром. Для него характерна повторяемость синдромов. Постепенное утяжеление симптоматики, появление слабодушия, раздражительности, лакунарного слабоумия.

Эпилептиформный синдром — неустойчивое настроение с подавленностью и раздражительностью. Возможно также возникновение нарушений сознания. Эпилептиформные расстройства могут достигать степени эпилептического статуса.

Псевдопаралич. Клиническая картина при этом расстройстве напоминает прогрессивный паралич. Однако слабоумие развивается медленно, оно неглубокое, нередко появляются ремиссии, имеются локальные органические симптомы. От специфического лечения наступает улучшение.

Галлюцинаторно-бредовая форма развивается постепенно. Возникает подавленное настроение, появляются слуховые галлюцинации, бредовые идеи преследования, воздействия, величия, ревности. Периодически возникают состояния возбуждения с изменением сознания. Среди специфических неврологических знаков — изменения формы зрачков и их реакции. Наблюдаются спонтанные ремиссии. Серологические реакции не всегда положительны.

Прогрессивный паралич

В его основе лежит прогрессирующий деструктивный мозговой процесс сифилитического происхождения. Заболевание описано Ж. Бейлем (1822), а его сифилитическая природа обнаружена Х. Ногуши (1913). Основная симптоматика складывается из нарастающего слабоумия, сочетающегося с признаками соматических расстройств (изменение зрачков, речи, моторики и рефлексов). Начинается заболевание обычно в 35—45 лет. Чаще всего это происходит через 10 лет и более после заражения. Прогрессивный паралич возникает у 3—4 % больных сифилисом.

Начальный период. Псевдоневрастеническая стадия. В начале стадии отмечаются головные боли, раздражительность, утомляемость, рассеянность, нежелание трудиться, расстройства сна. Неврастения (как ее обычно диагностируют в это время) своеобразна, не типична и фактически является уже началом прогрессивного паралича. Обнаруживаемые расстройства зрачков, неврологические симптомы, так же как и позитивные серологические реакции, выдают сифилитическое происхождение неврастении. Продолжительность начального периода от полугода до года. В конце этой стадии расстраивается координация движений, появляются синкинезии (ненужные сопутствующие движения), нарушается походка, присоединяются расстройства речи и письма. В это время преобладает недовольное настроение, раздражительность и иногда тоскливость.

Стадия расцвета. Это период полного развития болезни. Наступает изменение всей личности больного. Происходит деградация психики. Вначале наблюдаются изменения в установках личности, ее огрубение с утратой высших запросов и ослабление задержек. Утрачивается обычная чуткость и стыдливость. Больные не способны в новой обстановке держать себя правильно. Постепенно понижается активность и в конечном итоге полностью утрачивается инициатива. Ослабляется чувство долга. Поведение становится беспорядочным, распущенным, появляется нелепая расточительность. Обнаруживается выраженное слабоволие, утрачивается критическое отношение к своему поведению и наличию болезни. Внимание становится плохо концентрируемым. Вид больных обычно неряшливый. Нередко они становятся открыто и бесстыдно сексуальными. Иногда совершают нелепые и необъяснимые кражи.

Формы прогрессивного паралича.

Экспансивная форма отличается повышенным настроением, довольством больных собой и окружающими, приливом физических сил, нелепыми и нестойкими бредовыми идеями величия. Эта симптоматика сочетается с развивающимся слабоумием, невыраженными соматическими расстройствами.

Дементная форма характеризуется нарастающим слабоумием, которому предшествуют общая слабость, головные боли и бессонница. Рано и серьезно расстраивается критика к своему неуместному и нелепому поведению. Настроение при этом обычно безразличное, имеются существенные расстройства памяти. Иногда появляющиеся бредовые идеи не занимают значительного места в клинической картине.

Депрессивная форма отличается подавленным настроением со склонностью к плаксивости, нелепым жалобам на состояние своего здоровья, бредовыми идеями (ипохондрическими, нигилистическими, ущерба, виновности и т. д.). Иногда появляющиеся слуховые галлюцинации соответствуют по своему содержанию бредовой тематике.

Галлюцинаторная форма диагностируется в тех случаях, когда в клинической картине преобладают расстройства восприятия.

Галлопирующая форма отличается крайне быстрым течением, приводящим к глубокому слабоумию и смерти от быстро наступающего истощения.

Стационарная форма характеризуется очень медленным развитием заболевания.

Эпилептиформная форма — наличие в клинической картине пароксизмальных расстройств.

Заключительный период болезни (стадия маразма). Основные проявления этого периода — обострение инстинктов, сосредоточение всех интересов на еде, попытки поглощения несъедобных предметов. Больные не чувствительны к грязи, подолгу не освобождаются от запачкавших их экскрементов. У больных часто

возникают инсульты, появляются обмороки и припадки, имеют место преходящие парезы и параличи. Среди соматических проявлений отмечаются физическое истощение, нарушение функций внутренних органов, падение секреции желудочно-кишечных желез, расстройство белкового и водного обмена, падение сопротивляемости организма к болезням, появление ломкости костей и ранимости тканей. *Неврологические симптомы:* нарушение координации и плавности движений, неуверенность походки. Расстройства речи проявляются ее замедлением или ускорением, дизартрией, а затем и смазанностью. Изменяются зрачки. Появляются фибриллярные подергивания мышц. Лицо становится маскообразным. Появляются птоз и парезы черепно-мозговых нервов. Летальный исход без лечения наступает через 3—4 года.

При *врожденном сифилисе* бледная спирохета, являющаяся возбудителем сифилиса нервной системы, через пупочную вену попадает от больной матери в организм плода. Заражение в начале беременности приводит к самопроизвольному выкидышу. Если происходит распространение инфекции, то поражаются многие органы плода. Страдают главным образом сосуды, в которых появляются тромбы, иногда возникают аневризмы. Сифилис нервной системы может быть в двух формах: *менинговаскулярной (ранней)* и *паренхиматозной (поздней).*

Приобретенный нейросифилис у детей также локализуется в сосудах и оболочках мозга и развивается в течение 5 лет после инфицирования. *При ранних формах* встречаются менингиты, васкулиты, гуммы мозга. *При поздних формах (ювенильный прогрессивный паралич),* возникающих через 10—15 лет после заражения, страдает преимущественно нервная ткань. Врожденный сифилис проявляется симптомами раздражения мозговых оболочек, ригидностью затылочных мышц, непрерывным криком и иногда судорогами. Выявляется гидроцефалия. При вовлечении в процесс вещества мозга появляются очаговые органические симптомы (параличи, парезы), парциальные или генерализованные судороги. При сифилитическом эндартериите отмечается задержка психического развития. Внутриутробное поражение мозга, как правило, приводит к умственной отсталости. В раннем дошкольном возрасте отмечаются: слабоумие, эпилептиформные, церебрастенические и психопатоподобные состояния. В школьном возрасте могут возникать *сифилитические психозы.* Поздний врожденный сифилис (в 8—15 лет) понимается как обострение нераспознанного заболевания в раннем возрасте. Поздние расстройства обусловлены хроническими воспалительными, гуммозными и дегенеративными изменениями нервной системы. В одних случаях имеются признаки раннего сифилитического поражения: рубцы у углов рта, деформация носа, черепа, голеней, зубов (триада Гетчинсона), парезы черепно-мозговых и двигательных нервов, умственная отсталость. В других случаях обнаруживаются симптомы более поздних поражений: паренхиматозный кератит, ирит, хориоретинит, поражение лабиринта и слухового нерва, остеомиелиты, специфические деформации костей и зубов, артритов, патология печени и сердца. Имеющиеся психоневрологические синдромы (парциальные формы эпилепсии, умственная отсталость) прогрессируют.

Юношеский (ювенильный) прогрессивный паралич — проявление врожденого сифилиса. Он обычно обнаруживается в 10—15 лет. Однако могут быть и детские формы, которые диагностируются с 5 лет. Чаще всего их симптоматика укладывается в дементную форму, начинающуюся исподволь. Ребенок останавливается в физическом и психическом развитии, у него расстраивается внимание, исчезает активность, ухудшается успеваемость. Он становится раздражительным, плаксивым, импульсивным, злобным, растормаживаются влечения, поведение становится асоциальным. Нарастающая интеллектуальная деградация приводит к утрате

логического мышления, исчезновению критики, грубому нарушению внимания и памяти, расстройству ориентировки во времени. Этой симптоматике предшествуют неврологические расстройства: очаговая симптоматика, эпилептиформные припадки, инсульты, хореиформные подергивания. В конечной стадии прогрессивного паралича утрачиваются мыслительные способности и речь, развиваются контрактуры, истощение достигает степени глубокой кахексии, а психическая деградация — маразма.

Лечение следует начинать как можно раньше. Применяются антибиотики (пенициллин, эритромицин, тетрациклин) в сочетании с кортикостероидами, а также препараты висмута и йода (бийохинол, бисмоверол, йодистый калий, йодистый натрий). Наряду с этим применяется общеукрепляющая терапия.

Вопросы

1. Что такое соматогенные нервно-психические расстройства? 2. Какие наиболее частые синдромы при этих расстройствах? 3. Какова роль наследственности при этих расстройствах? 4. Какова распространенность этих расстройств? 5. Что такое экзогенно-органические психические расстройства? 6. Что такое интоксикационные психические расстройства? 7. Что такое инфекционные психические расстройства? 8. Каковы начальные симптомы всех этих расстройств? 9. Каковы наиболее частые симптомы при гриппозных психозах? 10. Каковы психические расстройства при ревматизме? 11. Каковы психические расстройства при СПИДе? 12. Каковы психические расстройства при энцефалитах? 13. Описать общие особенности соматогенных психических расстройств. 14. Что такое эндокринный психосиндром? 15. Каковы психические расстройства в начальном периоде после черепно-мозговой травмы? 16. Какова психопатологическая симптоматика в остром периоде после травмы? 17. Каковы психопатологическая симптоматика в отдаленном периоде после травмы? 18. Каковы действия психолога (педагога) при вышеописанных психических расстройствах?

Литература

Детская психоневрология / под ред. Л. А. Булаховой. — Київ : Здоров’я, 2001.
Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине. — М., 1962. — С. 12.
Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические расстройства и соматопсихические расстройства у детей. — СПб. : Речь, 2005.
Кельмансон И. А. Основы педиатрии для детского клинического психолога. — СПб. : Речь, 2010.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Марилов В. В. Частная психопатология. — М. : Academia, 2004.
Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде / под ред. Л. М. Шипицыной. — СПб. : Речь, 2006.
Спринц А. М., Ерышев О. Ф., Шатова Е. П. [и др.]. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией. — СПб. : СпецЛит, 2007.

Глава 25. РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Резидуальные нервно-психические расстройства, т. е. расстройства, обусловленные стойкими последствиями органических поражений мозга ребенка (внутри- и внеутробных), занимают по своей частоте и тяжести, бесспорно, наиболее существенное место в ряду всех нервно-психических нарушений детского возраста.

Исходя из патогенетического критерия, основные резидуально-органические нервно-психические расстройства В. В. Ковалев (1979) разделил на три группы. Каждая группа объединяет частные формы (синдромы) на основе клинико-описательных характеристик.

КЛАССИФИКАЦИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

I. Преимущественно дизонтогенетические формы (синдромы):

1) нарушения развития отдельных систем мозга;
2) психического и психофизического инфантилизма;
3) органического аутизма;
4) резидуальной олигофрении (с равномерной структурой дефекта).

II. Преимущественно энцефалопатические формы (синдромы):

1) церебрастенические;
2) неврозоподобные;
3) психопатоподобные;
4) диэнцефальные (гипоталамические);
5) гидроцефалии;
6) эпилептиформные;
7) резидуально-органической деменции;
8) периодические психозы у подростков.

III. Формы смешанного энцефалопатически-дизонтогенетического патогенеза:

1) детские церебральные параличи;
2) атипичные резидуальные олигофрении;
3) гипердинамический синдром.

С. С. Мнухиным создана клинико-физиологическая классификация резидуальных нервно-психических нарушений у детей, с тем чтобы глубже проникнуть в понимание их сущности, патогенеза и многообразных сочетаний друг с другом. При этом учитывались не только клинические, но и нейродинамические особенности этих нарушений. В рамках каждой разновидности резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсии и церебральных параличей он выделяет, по меньшей мере, *три основные формы резидуальных нервно-психических нарушений: стеническую, астеническую и атоническую.*

В рамках резидуальных психопатий *стеническая форма* проявляется в примитивности, ограниченности, бедности и уплощенности мышления и чувств, в значительной силе и грубой обнаруженности инстинктивных проявлений — пищевых,

оборонительных реакций. У этих детей отмечается целенаправленность и известная мотивированность поведения, значительная выносливость в простой и посильной для них работе.

При астенической форме резидуальных психопатий на передний план выступает синдром раздражительной слабости, повышенной возбудимости и утомляемости, быстрой истощаемости. Эти дети беспокойны, непоседливы, не могут долго сосредотачиваться на работе, быстро «выдыхаются»; они обидчивы, эмоционально неустойчивы, слезливы и в отличие от «настоящих» невропатов в известной мере ограниченны, отличаются бедностью воображения, недостаточной инициативой и малой продуктивностью даже в старательно выполняемой работе.

У детей же с *атонической формой* резидуальных психопатий выявляются то беспечность, резонерство, благодушие, аспонтанность, наклонность к «умственной жвачке», то своеобразные «шизоформные» картины с бледностью эмоций, странными, а иногда и нелепыми поступками, недостаточным либо формальным контактом с окружающими, известной «отрешенностью» и одновременно развязным поведением, склонностью вступать в разговоры с незнакомыми людьми, отсутствием эмоциональных реакций на новую обстановку, тенденцией к бесполезному «рассуждательству» и фантазиям, коллекционированию и т. п.

При резидуальных олигофрениях стеническая, астеническая и атоническая формы характеризуются всеми только что обрисованными чертами личности, свойственными соответствующим формам резидуальных психопатий. В частности, при астенической, а часто и при атонической формах умственного недоразвития отмечаются: а) неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета; б) нарушения «рядоговорения», т. е. способности заучивать и перечислять в прямом и обратном порядке дни недели, алфавит и др.; в) нарушения «право-лево», т. е. неспособность ориентироваться в сторонах своего тела; г) нарушения способности овладения другими практическими действиями, состоящими из ряда последовательных операций (способности самостоятельно одеваться и др.). Все эти нарушения выражены обычно при астенической и атонической формах недоразвития и всегда несоразмерны степени умственной отсталости, в связи с чем можно говорить о *неравномерном или дисгармоническом* интеллектуальном недоразвитии. У детей же с проявлениями стенической формы недоразвития, даже тогда, когда это недоразвитие резко выражено (в степени имбецильности), все перечисленные нарушения выражены более равномерно в меру общей отсталости ребенка.

Симптоматика астенической и атонической форм олигофрении, в частности трудности овладения детьми чтением, письмом и счетом, процессами «рядоговорения» и последовательными действиями, представляет собой результат общего поражения мозга, о чем свидетельствуют сочетание указанных форм с определенными эмоционально-волевыми расстройствами, редкость узкоочаговых поражений коры у детей. Речь идет в этих случаях, в отличие от детей со стенической формой олигофрении, не о первично-корковом поражении, а о поражении подкорковых систем — активирующих систем ствола, межуточного мозга и лимбической системы.

Те же формы — стеническая, астеническая и атоническая — выделяются и в рамках резидуальных эпилепсий и даже в рамках детских церебральных параличей.

У детей со стенической формой олигофрении наблюдаются разные припадки (полные и неполные, судорожные, малые, психомоторные и др.), но все они отличаются значительной тяжестью, сопровождаются обычно глубоким помрачением сознания, последующей амнезией и редко выраженными явлениями стойкого эпилептического слабоумия. При астенической форме чаще наблюдаются более «мягкие» разновидности припадков: пикнолептического типа, короткие абсансы

с поверхностным затемнением сознания, бессудорожные «выразительные» приступы диэнцефального типа с яркими психомоторными (защитными) и психосенсорными проявлениями и т. п. При атонической форме чаще отмечается раннее возникновение эпилептических припадков: то особенно тяжелое течение болезни в виде эпилептических статусов, «клевков» и «кивков», тяжелых дисфорий и др., то сравнительно скорое, а иногда и окончательное их исчезновение.

Особенности психики и припадков при право- и левосторонних поражениях мозга у детей сводятся к тому, что у больных с припадками на фоне правосторонних гемипарезов чаще и резче выражены симптомы интеллектуального недоразвития, явления олигофрении. Так, у больных с правосторонними гемипарезами олигофрения в степени выраженной дебильности и имбецильности наблюдается у подавляющего большинства, а у больных с левосторонними гемипарезами олигофрения в степени легкой или умеренной дебильности отмечается лишь у трети.

У детей с правосторонними гемипарезами преобладает снижение эмоционального тонуса, бедность и бледность эмоциональных проявлений, уплощенность и нивелировка личности, недостаточная активность, инициативность, живость и гибкость психики. У детей же с левосторонними гемипарезами, наряду с более редкими и более слабыми проявлениями интеллектуального недоразвития, отмечается не только сохранность, но часто и явно патологическое усиление эмоциональных проявлений — от эмоциональной неустойчивости до мрачной напряженности и затяжных дисфорий, резкая возбудимость, неусидчивость, а иногда и агрессивность и явления насильственного беспокойства. У большинства детей с правосторонними гемипарезами большие и абортивные судорожные припадки протекают без аур, а у остальных они сопровождаются наиболее элементарными и примитивными видами аур, отображающими наиболее древние защитные реакции организма («худо», «все кружится», «падаю», «умираю» и т. п.). Малые и психомоторные приступы, наблюдающиеся у части этих больных, сопровождаются глубоким помрачением сознания и крайней элементарностью или «бессодержательностью» двигательных проявлений.

У больных же с левосторонними гемипарезами припадки чаще протекают с аурами, менее спаянными с припадками и появляющимися нередко изолированно. Ауры отличаются у них большой сложностью и «дифференцированностью» структуры и выступают в форме переживаний острого страха, реакций обороны, симптомов деперсонализации, дереализации и т. п. Наряду с судорожными припадками у них наблюдаются сложные и эмоционально насыщенные психомоторные припадки на фоне поверхностно измененного сознания, тягостные дисфории, пароксизмальные делирии и др.

Почти все больные с правосторонними припадками отличаются не только сохранностью интеллекта, но и отсутствием эмоциональных расстройств; они спокойные, организованные, иногда несколько уплощенные и вялые. У многих же больных с левосторонними припадками отмечаются при сохранном интеллекте почти такие же эмоционально-волевые нарушения, как и у больных с левосторонними гемипарезами, — резко повышенная возбудимость, мрачный фон настроения, неуживчивость, агрессивность, психомоторное беспокойство. У детей этой группы наблюдаются главным образом джексоновские приступы с двигательными и чувствительными проявлениями, очаговые большие судорожные и адверсивные припадки. Корковые припадки с односторонними клоническими судорогами на фоне ясного сознания отмечаются лишь у малой части больных; у остальных припадки этого типа сопровождаются не клоническими, а тоническими судорогами либо выражаются в разных сенсорных и смешанных (сенсорно-тонических) проявлениях. Существенные различия выявляются в картинах припадков у детей

с правосторонними и левосторонними припадками. У первых чаще отмечаются «неощущаемые» припадки, т. е. протекающие без аур. А у тех больных, у которых припадкам предшествуют ауры, они почти всегда носят характер местного раздражения («сводит руку», или «ток в ноге») либо весьма примитивных и тягостных общих ощущений («худо», «все кружится» и др.).

У больных же с левосторонними припадками последние — почти всегда «ощущаемы», т. е протекают без нарушений сознания и амнезии либо сопровождаются аурами. У них припадки и ауры выражаются в более сложных местных ощущениях и еще более сложных общих переживаниях — часто в переживаниях острого страха, психосенсорных и деперсонализационных ощущениях, сновидных и насильственных состояниях и т. д. Так, один из этих больных со страхом кричит в момент припадка, что у него «стекло в коленке». Эти необычные ощущения сопровождаются у больных с левосторонними припадками неприятными общими переживаниями — «замиранием сердца», убеждением, что «что-то должно сейчас случиться». У другого — возникают в структуре адверсивного припадка либо в виде изолированной ауры ощущения, что все окружающие предметы он уже давно видел. У ряда этих больных с левосторонними припадками последние сопровождаются резко выраженными состояниями острой тревоги и страха, сменяющимися иногда после припадков чувством приятного и даже радостного облегчения.

Резидуальные нарушения психики у детей, сходные с картинами детской шизофрении, возникают чаще у детей дошкольного возраста. Эти картины складываются из резкого ослабления интересов, целенаправленной активности и выраженных аффективных связей с окружающими, из бессодержательной и бесцельной речевой продукции, склонности к механическому воспроизведению отрывков речи окружающих, эхолалий, стереотипии и др. И при отсутствии значительной умственной отсталости эти дети схватывают и в жизни, и на картинках лишь отдельные элементы, не умея и не стремясь уловить какие-либо связи между ними. У них резко ослаблены безусловно-рефлекторные реакции — ориентировочные, пищевые. Отличаясь неловкой моторикой и недостатком двигательных умений, они нередко очень поздно и с трудом начинают самостоятельно одеваться, но вместе с тем хорошо запоминают длинные стихи и сказки, мотивы песен. Интенсивность этих нарушений весьма различна — от склонности к эхолалиям, стереотипиям и других до способности обучения в школе и тенденций к резонерству, нелепому фантазированию и мудрствованию. Детский аутизм представляет собой разновидность атонической формы психического недоразвития, обусловленной врожденной или рано приобретенной слабостью подкорковых и диэнцефальных систем.

Почти у всех больных этой группы возникающие психозы протекают в форме множественных приступов, разных по продолжительности. Эти психозы часто начинаются с нарастающей тревоги, беспокойства и страха, на фоне которых выявляются отрывочные бредовые идеи преследования и отношения. Больные утверждают, что их должны зарезать, что их задавит машина, изрубят топором, отравят и т. д. У них появляются неглубокие нарушения сознания в форме астенической спутанности. У большей части больных начальные переживания осложняются галлюцинациями, делириями и онейроидами (Мнухин С. С., 1968).

Психопатоподобные расстройства — вариант психоорганического синдрома с дефектом эмоционально-волевых свойств личности. Проявления этого синдрома складываются из недостаточности высших свойств личности (отсутствие интеллектуальных интересов, самолюбия, дифференцированного эмоционального отношения к окружающим, слабость нравственных установок и т. п.), нарушения инстинктивной жизни (расторможение и садистическое извращение сексуального

влечения, недостаточность инстинкта самосохранения, повышенный, пониженный или искаженный аппетит), недостаточной целенаправленности и импульсивности психических процессов и поведения, а у детей младшего возраста, кроме того, двигательной расторможенности и слабости активного внимания (Сухарева Г. Е., 1959).

ВАРИАНТЫ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

Синдром психической неустойчивости

Бестормозной тип — недоразвитие волевой деятельности, слабость волевых задержек, преобладание мотива получения удовольствия в поведении, нестойкость привязанностей, отсутствие самолюбия, слабая реакция на наказания и порицания, нецеленаправленность психических процессов, особенно мышления, беззаботность, эйфорический фон настроения. Отмечаются изменчивость поведения в зависимости от внешних обстоятельств, повышенная внушаемость, преобладание повышенного настроения, стремление к получению примитивных удовольствий и новых впечатлений, с чем связаны уходы и бродяжничество, воровство, употребление психоактивных веществ, раннее начало половой жизни. Имеют место признаки физической инфантильности.

Синдром повышенной аффективной возбудимости

Характеризуется необычной вспыльчивостью, эксплозивностью, склонностью к бурным аффективным разрядам с агрессией и жестоким действиям. Другое название этого типа — эксплозивный. Наряду с описываемыми чертами наблюдаются также расторможение примитивных влечений. У детей этого типа диспластическое телосложение.

Импульсивно-эпилептоидный синдром

Наблюдаются повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к длительному, вязкому, трудно изживаемому отрицательному аффекту, дисфориям, а также к внезапным поступкам и агрессивным действиям, возникающим по механизму «короткого замыкания».

Синдром нарушения влечений

На первом плане — расторможение и извращение примитивных влечений: упорная мастурбация, попытки сексуальных действий с окружающими, склонность причинять боль, бродяжничество, стремление к поджогам и т. п.

Психопатоподобные состояния при ускоренном половом созревании

Характеризуются повышенной аффективной возбудимостью и резким усилением влечений. Они сочетаются у мальчиков с эксплозивностью и агрессивностью, а у девочек с истероидной окраской аффективных вспышек с гротескным, демонстративным поведением (криками, заламыванием рук, жестами отчаяния и т. д.), аффективно-моторными припадками на фоне суженного сознания, демонстративными суицидальными попытками. У девочек-подростков поведение определяется повышенным сексуальным влечением, иногда приобретающим неодолимый характер. Все интересы также направлены на реализацию полового влечения. Появляются развязность поведения, вульгарный жаргон, крикливо-карикатурная манера одеваться и т. п. У некоторых девочек обнаруживается склонность к вымыслам и оговорам сексуального содержания. Часть девочек уходит из дома, бродяжничает.

Неврозоподобными расстройствами называются нарушения невротического уровня реагирования, обусловленные резидуально-органическими поражениями головного мозга.

Общие признаки всех неврозоподобных расстройств — сходство с психогенными невротическими нарушениями при отсутствии конфликтных переживаний, относительная бедность и монотонный характер проявлений, более или менее выраженная органическая окрашенность, обусловленная тесной спаянностью этих нарушений с психоорганическим синдромом и резидуальной неврологической симптоматикой. Они возникают на церебрастеническом фоне и имеют тенденцию переходить в органические расстройства: насильственные движения, эпилептиформные припадки, диэнцефальные приступы.

Депрессивно-дистимические состояния

У дошкольников и младших школьников пониженное настроение сочетается с капризностью, склонностью к монотонному плачу, нередко с неопределенными страхами.

В старшем школьном возрасте и у подростков депрессия более выражена, сочетается с тревожностью, ипохондрическими опасениями, а также с раздражительностью и недовольством. У подростков могут возникать мысли о своей малоценности, бесполезности жизни. Имеются разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, отсутствие аппетита, вазовегетативные нарушения), расстройства сна.

Неврозоподобные страхи

Они возникают в форме приступов витального протопатического страха, у старших детей и подростков имеющих характер страха смерти. Страхи проявляются двигательной ажитированностью, сопровождаются тягостными телесными ощущениями — похолоданием конечностей, «остановкой» сердца, недостатком воздуха. Вегетативные расстройства проявляются нередко как диэнцефальный криз с преобладанием симпатикотонии (ознобообразное дрожание, тахикардия, повышение артериального давления, сухость во рту, бледность, а затем покраснение кожных покровов, профузный пот, одышка и т. д.). Продолжительность приступов примерно около получаса, завершаются они иногда повышенным мочеотделением. Приступы страхов у подростков нередко сопровождаются расстройствами сенсорного синтеза (нарушениями схемы тела), а также деперсонализацией и дереализацией («все вокруг необычное, измененное, как в тумане», «тело невесомое», «не чувствую себя»). Встречаются эпизодические ночные страхи на фоне сумеречного состояния с последующей амнезией.

Неврозоподобные страхи учащаются и усиливаются под влиянием преходящих соматических заболеваний и физических факторов (жара, переутомление) более часто, чем под влиянием психотравмирующих обстоятельств. Они могут переходить в стойкие сенестопатические и ипохондрические расстройства.

Сенестопатически-ипохондрические расстройства

При этом типе расстройств больные жалуются на то, что у них «хрустят кости», «что-то скребется за грудиной», «что-то давит на глаза», «распирает голову», «что-то душит», «жжет в животе», «немеет спина» и т. п. Иногда сенестопатии сопровождаются болевыми ощущениями. Ипохондрия проявляется в чрезмерном внимании больных к своему здоровью, деятельности внутренних органов, в страхе заболеть какой-либо опасной болезнью. Содержание высказываний бедное, опасения изменчивы, зависят от характера и локализации сенестопатий.

Встречаются расстройства сенсорного синтеза. Одним из факторов, приводящих к сенестопатиям и ипохондрии, являются вазовегетативные расстройства.

Истериформные нарушения

Редкий вид расстройств. Встречаются в форме аффективно-моторных либо аффективно-вегетативных приступов главным образом у девочек-подростков. Эти расстройства провоцируются негативными переживаниями (недовольство чем-либо) или возникают без видимого внешнего повода. Отсутствует механизм условной желательности.

Аффективно-моторные приступы проявляются рыданиями, стонами, криками, сопровождающимися выразительными движениями, падениями, запрокидыванием головы, выгибанием туловища, разбрасыванием рук и ног, происходящими на фоне суженного сознания. Продолжаются эти явления от 10—15 мин до получаса, сопровождаются яркими вегетативными реакциями: обильным потоотделением, дрожью, покраснением или побледнением лица, одышкой и т. п. Иногда присутствует эпилептиформный компонент, проявляющийся сумеречным состоянием, моторными автоматизмами и сонливостью и расслабленностью после приступов.

Аффективно-вегетативные приступы проявляются в виде обморочных состояний или приступов одышки, сопровождающихся стонами, плачем, выразительными движениями (не сопровождаются признаками сердечно-сосудистой недостаточности).

Системные (моносимптомные) неврозоподобные расстройства

Они наиболее распространены в детском возрасте. Их возникновение определяется негрубым экзогенно-органическим повреждением тонких структур и функциональных механизмов. Выбор поражаемых структур зависит от наследственной или приобретенной слабости определенных систем мозга.

Среди этих расстройств могут быть неврозоподобные тики, неврозоподобное заикание и неврозоподобный энурез (Лапидес М. И., Вишневская А. А., 1963).

ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ

Основные симптомы психоорганического синдрома у взрослых — расстройства памяти, ослабление понимания, асоциальная деятельность и аффективные расстройства (Блейлер Е., 1955).

Проявления психоорганического синдрома у детей складываются из недостаточности высших свойств личности (отсутствие интеллектуальных интересов, самолюбия, дифференцированного эмоционального отношения к окружающим, слабость нравственных установок и т. п.), нарушения инстинктивной жизни (расторможение и садистическое извращение сексуального влечения, недостаточность инстинкта самосохранения, повышенный, пониженный или искаженный аппетит), недостаточной целенаправленности и импульсивности психических процессов и поведения, а у детей младшего возраста, кроме того, двигательной расторможенности и слабость активного внимания (Сухарева Г. Е., 1959).

Диффузные и/или очаговые поражения мозга (в лобно-височной, лимбической системе, медиобазальной височной области, области гиппокампа) в форме структурных нарушений, возникшие в связи с последствиями травматических, воспалительных, интоксикационных или сосудистых поражений, а также из-за хронических органических заболеваний головного мозга, у детей или подростков могут вызывать так называемые резидуально-органические синдромы с преобладающими интеллектуальными нарушениями.

Наиболее существенные *признаки органического психосиндрома* (и у взрослых, и у детей) — снижение памяти и интеллектуальной продуктивности, инертность психических процессов, особенно интеллектуальных, трудность переключения активного внимания и его узость, а также разнообразные аффективные нарушения: лабильность, раздражительность, возбудимость в одних случаях, эйфорический фон настроения, чередующийся с дисфориям, — в других, апатия, безразличие ко всему — в третьих. Кроме того, встречаются расстройства волевой деятельности (слабость побуждений, вялость или, наоборот, расторможенность поведения, болтливость), усиление и извращение примитивных влечений, повышенная психическая истощаемость (Ковалев В. В., 1985).

Проявления этого синдрома различаются в зависимости от возраста детей, так как мозг поражается в период интенсивного развития и дифференцирования функциональных систем при большей или меньшей морфофизиологической незрелости всей центральной нервной системы. Следствием этого оказывается появление симптомов, свойственных тому или иному уровню возрастного реагирования, и возникновение признаков нарушения развития психических и неврологических функций.

Очень тяжелые повреждения в детском возрасте приводят к невосполнимому выпадению функций, особенно к нарушению моторики (детские церебральные параличи), а также к более или менее выраженной интеллектуальной недостаточности (умственная отсталость, слабоумие).

Проявления психоорганического синдрома у *детей младшего и среднего дошкольного возраста* (4—5 лет) атипичны. Их называют невропатоподобными расстройствами (Мнухин С. С., 1968) или невропатоподобным вариантом психоорганического синдрома (Ковалев В. В., 1985). Это рудиментарные расстройства интеллектуальных функций, нечеткость восприятия, задержка речевого развития, бедный лексикон, низкий уровень выполнения вербальных заданий в сравнении с невербальными, слабая выраженность интеллектуальных интересов (к прослушиванию сказок и рассказов, к сюжетным играм и т. д.), трудности при запоминании стишков и песенок. С этими симптомами нередко сочетаются повышенная возбудимость, неустойчивость вегетативных реакций (рвоты, диспептические расстройства, потливость, аллергические реакции, колебания температуры тела и т. д.), нарушения сна, снижение аппетита, повышенная чувствительность к любым внешним воздействиям, эмоциональная возбудимость, впечатлительность, неустойчивость. Почти всегда наблюдаются двигательная расторможенность, суетливость. Имеют место также неврологические симптомы: нарушения черепномозговой иннервации, односторонние пирамидные знаки и нарушение координации, асимметрия мышечной силы и т. д.

После 4—5 лет на переднем плане психоорганического синдрома оказываются эмоционально-волевые и двигательные расстройства: повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, импульсивность, недостаточное чувство дистанции, назойливость, «приставучесть», частые смены настроения, двигательная расторможенность, нередко с хореиформными и множественными лишними движениями. Обнаруживаемая у этих детей слабость концентрации активного внимания серьезно затрудняет усвоение ими новых знаний. Часто страдает моторная интеграция, проявляющаяся в недостаточности тонких движений, а также действий и двигательных навыков, требующих быстрого переключения движений при рисовании, одевании, обувании и т. д.

В препубертатном возрасте и у подростков клиническая картина психоорганического синдрома становится разнообразнее. Особенно страдают интеллектуальные функции. Изменения личности проявляются импульсивностью, склонно-

стью к реакциям «короткого замыкания», недостаточным чувством дистанции, низкой самокритичностью.

В этом возрасте различают несколько **вариантов психоорганического синдрома**.

1. *Синдром с нарушением развития школьных навыков*, т. е. навыков чтения, письма, счета. В основе его происхождения — речевые расстройства, нарушения фонематического слуха, синтеза пространственных представлений, праксиса, сложных форм конструктивной деятельности и мышления, как правило, сочетающихся с церебрастенией.

2. *Синдром с дефектом эмоционально-волевых свойств личности*. При нем основные проявления синдрома находятся в комбинации с эмоционально-волевыми расстройствами, нарушениями темперамента и влечений. Происхождение этого варианта синдрома связано с повреждением, распадом, дефектом формирующейся личности. При этом симптоматика складывается из эмоционально-волевой неустойчивости (отсутствие волевых задержек, повышенная внушаемость к стремлению и получению непосредственного удовольствия), аффективной возбудимости с агрессивностью, расторможением примитивных влечений (сексуальность, прожорливость, повышение влечения к новым впечатлениям — «сенсорная жажда» и др.).

3. *Атоническая форма психоорганического синдрома* (по Мнухину С. С., 1961) характеризуется беспечностью, благодушием, аспонтанностью (слабостью побуждений, пассивностью), монотонностью, бездеятельностью, «бледностью», вялостью эмоциональных проявлений, странными, а иногда и нелепыми поступками, недостаточным или даже формальным контактом с окружающими, относительной «отрешенностью», развязным поведением, способностью вступать в общение с незнакомыми людьми, отсутствием эмоциональных реакций на новую обстановку. Имеет место слабость или недостаточность инстинктивных проявлений, слабость защитных, оборонительных, пищевых инстинктов, примитивность интересов, отсутствие организованности, практическая, житейская беспомощность. Все это сопровождается недоразвитием моторики, неловкостью, неуклюжестью движений, низким уровнем интеллектуальных проявлений и своеобразными особенностями мышления — бесполезным рассуждательством, фантазиями, склонностью к умственной жвачке, «заумностью», поучениями, иногда с неожиданными сентенциями, витиеватостью высказываний и т. д. Отграничение от сходных проявлений шизофренического дефекта (резидуальной шизофрении) возможно по отсутствию истинного аутизма, за который принимают пассивность, стремление оградить себя от нежелательных контактов из-за переживания своей неполноценности. Рассуждательство этих больных также отличается от резонерства больных шизофренией своей заземленностью, очевидной связью с бытовыми трудностями и интересами, отсутствием истинной заумности и псевдоабстрактного символизма. Особенно убедительными являются имеющиеся у больных с психоорганическим синдромом инертность, тугоподвижность психических процессов, слабость памяти, преобладание конкретного типа мышления, повышенная пресыщаемость и истощаемость и т. д. Происхождение этого варианта связывают с преимущественным поражением конвекситальной поверхности коры лобной доли доминантного полушария большого мозга.

4. *Эйфорическая форма психоорганического синдрома*. Название этот вариант синдрома получил по эйфорическому, приподнятому фону настроения, импульсивности, дурашливости поведения, многоречивости, расторможению примитивных влечений, серьезной недостаточности критики к себе и своим поступкам. При этой форме преимущественно страдает базальная (орбитальная) кора лобных

долей полушарий большого мозга. Нарушения избирательности, целенаправленности психических процессов, а также неспособности к выполнению многозвеньевых действий при психоорганическом синдроме связаны с поражением коры медиальной поверхности лобных долей.

СЛАБОУМИЕ (РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ)

Это глубокое обеднение всей психической деятельности, в первую очередь интеллекта, эмоционально-волевой сферы и индивидуальных личностных особенностей, с одновременным ухудшением способности к приобретению новых знаний, их практическому использованию и приспособлению к окружающей среде (Морозов Г. В., 1998).

Обеднение интеллектуальной деятельности — снижение способности или неспособность перерабатывать и систематизировать получаемые представления, образовывать понятия и суждения, делать выводы и умозаключения, приобретать новые знания. Использование прошлых знаний, прошлого опыта затрудняется или становится невозможным. Остаются сохранными в той или иной степени лишь отдельные привычные, ставшие шаблоном суждения и действия. Снижается уровень психической активности, и в том числе уровень побуждений. Страдает критическое отношение к собственному состоянию и происходящему вокруг. Часто отсутствует сознание болезни.

Эмоциональные реакции теряют свои оттенки, бледнеют, грубеют и перестают соответствовать реальным обстоятельствам. Преобладает либо лишенная живости, однообразная веселость и беззаботность, либо уныние и плаксивость, угрюмая или злобная раздражительность. Наступающее эмоциональное опустошение приводит к полному безразличию, в том числе и к своей судьбе.

Поведение одной части больных характеризуется вялостью, бездеятельностью, безынициативностью, у другой наблюдается двигательная расторможенность, сочетающаяся с однообразной и непродуктивной суетливостью.

Влечения в одних случаях снижаются почти до полного исчезновения аппетита, безразличия ко всем сексуальным стимулам и неспособности защитить себя. В других случаях отмечаются прожорливость, бродяжничество, сексуальные эксцессы и агрессивное поведение.

Нивелируются все свойственные личности особенности характера, исчезают любознательность, прилежание, трудолюбие, настойчивость, удовлетворение от учебных и трудовых успехов. Утрачивается способность к сопереживанию и заинтересованность в судьбе близких людей.

По особенностям клинических проявлений слабоумие делят на парциальное, или частичное (лакунарное), и тотальное, или глобарное (диффузное).

Парциальное слабоумие отличается той или иной степенью сохранности личностных качеств индивида. Обычно имеется критическое отношение к своему состоянию и стремление обратиться за помощью в связи с осознаванием своих развивающихся психических недостатков (расстройства внимания, памяти, трудоспособности, сообразительности и т. д.). Преобладающее настроение — пониженное со слезливостью. Часто когнитивные нарушения сочетаются с эмоциональной лабильностью (слабодушием) — легко возникающим переходом от слез к благодушному настроению. При продолжении заболевания или действия патогенного фактора парциальное слабоумие может стать тотальным. Парциальное слабоумие развивается как следствие менингоэнцефалитов, черепно-мозговых травм, тяжелых отравлений, сосудистых заболеваний головного мозга, опухолей мозга.

Тотальное слабоумие сопровождается грубейшими изменениями личности больного с утратой так называемого ядра личности, т. е. всех основных прежних индивидуальных черт, исчезновением критики к своему состоянию, поведению и к тому, что происходит в окружении больного. Настроение преобладает благодушно-беспечное или немотивированно злобное, нередко растормаживаются низшие влечения, появляются прожорливость, гиперсексуальность. Могут сохраняться словарный запас, грамотная речь, прежние навыки. Типичным примером развития этого вида слабоумия является деменция при прогрессивном параличе.

Различают несколько **форм** слабоумия.

Случаи, когда имеются лишь одни негативные симптомы, относят к простым формам слабоумия.

Амнестически-парамнестическое слабоумие характеризуется сочетанием интеллектуальных нарушений с грубыми расстройствами памяти: фиксационной амнезией (способностью сохранять зарегистрированные события не более чем на несколько секунд или минут), псевдореминисценциями, конфабуляциями, криптомнезиями и др.

Псевдопаралитическое слабоумие отличается грубыми нарушениями внимания, памяти, мышления. Повышена внушаемость. Поведение либо легкомысленное (вначале), либо нелепое (при полном развитии синдрома). Фон настроения часто бывает благодушным, эйфорическим. Быстро происходит сначала уплощение, а затем и полный распад личности.

Асемическое слабоумие характеризуется наличием симптомов очагового выпадения корковой деятельности — афазии, агнозии, апраксии, алексии, аграфии, акалькулии.

Марантическое слабоумие (маразм) определяется полным распадом психической деятельности. Как правило, больные утрачивают навыки самообслуживания, не могут передвигаться. Возникают нарушения речи. Могут появиться оральные и хватательные автоматизмы, насильственный смех, плач, а также патологические неврологические рефлексы. Извращаются или расстраиваются влечения, повышается аппетит, появляется поглощение несъедобных предметов, растормаживается половой инстинкт и т. д. Утрачивается способность управлять сфинктерами мочеиспускательного канала и прямой кишки. Маразм — состояние необратимое.

Если же интеллектуальный дефект сочетается с различными продуктивными симптомами (аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и др.), то тогда синдром называется *психотической формой слабоумия* (галлюцинаторно-бредовое, психопатоподобное слабоумие). Как правило, чем меньше выражен интеллектуальный дефект, тем грубее и разнообразнее продуктивная симптоматика. При глубоком слабоумии продуктивные расстройства, как правило, не отмечаются.

Среди приобретенных форм слабоумия, т. е. развившихся через несколько лет после рождения, основное место занимают формы слабоумия, возникающие при органических поражениях головного мозга. Причиной этих видов слабоумия могут быть опухоли головного мозга, эндокринные заболевания (например, дисфункция щитовидной железы), болезни обмена веществ (например, почечная недостаточность), интоксикации (например, отравления солями тяжелых металлов), состояния недостаточности (например, гиповитаминоз B_{12}), сосудистые заболевания (например, последствия кровоизлияний или гипертонии), посттравматические расстройства (например, гематомы), воспалительные заболевания (например, менингоэнцефалиты), сочетание нескольких причинных факторов.

ОБЕДНЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Это снижение способности или неспособность перерабатывать и систематизировать получаемые представления, образовывать понятия и суждения, делать выводы и умозаключения, приобретать новые знания. Использование прошлых знаний, прошлого опыта затрудняется или становится невозможным. Остаются сохранными в той или иной степени лишь отдельные привычные, ставшие шаблоном суждения и действия. Снижается уровень психической активности, и в том числе уровень побуждений. Страдает критическое отношение к собственному состоянию и происходящему вокруг. Часто отсутствует сознание болезни.

Эмоциональные реакции теряют свои оттенки, бледнеют, грубеют и перестают соответствовать реальным обстоятельствам. Преобладает либо лишенная живости, однообразная веселость и беззаботность, либо уныние и плаксивость, угрюмая или злобная раздражительность. Наступающее эмоциональное опустошение приводит к полному безразличию, в том числе и к своей судьбе.

Влечения в одних случаях снижаются почти до полного исчезновения аппетита, безразличия ко всем сексуальным стимулам и неспособности защитить себя. В других случаях отмечаются прожорливость, бродяжничество, сексуальные эксцессы и агрессивное поведение.

Нивелируются все свойственные личности особенности характера, исчезают любознательность, прилежание, трудолюбие, настойчивость, удовлетворение от учебных и трудовых успехов.

Падает интерес к внешнему виду (причесывание), выполнению гигиенических процедур (умывание), постепенно утрачиваются навыки самообслуживания (одевание).

Практически во всех случаях возникновения у детей нервно-психических расстройств развиваются моторные расстройства в той или иной степени тяжести.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Черепно-мозговые травмы у детей составляют 30 % от общего количества полученных травм (Фрейдков В. И., 1972). В анамнезе 24 % подростков, госпитализированных в психиатрическую клинику, отмечены черепно-мозговые травмы (Личко А. Е., 1985). Даже среди здоровых учеников 6—8 классов у 5 % обнаружена легкая травматическая церебрастения (Пивоварова Г. Н., 1978). Не случайно считается, что травматические повреждения головного мозга — одна из частых причин психических расстройств у детей. Это особенно относится к мальчикам школьного возраста.

Тяжесть психических нарушений условно обозначается тремя степенями. *1-я степень* характеризуется отсутствием расстройства сознания или обнубиляцией, продолжающейся секунды. Может появиться общая вялость, сонливость, бледность кожных покровов, тахикардия, учащенное дыхание, однократная рвота, головная боль. *2-я степень* проявляется глубоким нарушением сознания на несколько минут или легкой оглушенностью на многие часы с последующей ретроградной амнезией, иногда кратковременными судорогами, повторной рвотой, нистагмом, вестибуло-окулостатическими феноменами. *При 3-й степени* кома сменяется сопором, продолжающимся более 30 мин, затем более легким оглушением, и все это может продолжаться неделями и даже месяцами. Возникает мышечная гипотония, нарушение ритма дыхания, сердечной деятельности, похолодание конечностей. Могут появиться тонические судороги, непроизвольное мочеиспускание, многократная рвота, сильная головная боль. Тяжесть нарушения сознания — существенный прогностический признак. Психические нарушения у детей и под-

ростков вследствие сотрясений (коммоций) или ушибов (контузий) мозга в *начальном периоде* выступают в форме нарушений сознания различной глубины — от легкой оглушенности до комы и последующей посттравматической астении. Непосредственно следом за травмой возникают рвота, иногда судорожные явления, психомоторное возбуждение. Невозможность фиксации событий в памяти приводит к отсутствию воспоминаний на период, следующий за травмой (антероградная амнезия), а иногда и на предшествующий период (ретроградная амнезия). Посттравматическая астения проявляется сочетанием раздражительности и истощаемости. Отмечаются головная боль, нистагм, головокружение, вегетативные нарушения. При преобладании раздражительности наблюдаются возбудимость, гиперестезия, нарушение сна, нередко также и вестибулярные расстройства. При превалировании истощаемости уменьшается способность к психическому и физическому напряжению, снижается настроение, появляются безразличие и вялость. Наблюдающиеся симптомы непостоянны, лабильны, колеблются в своей выраженности и продолжительности.

Обычно прояснение сознания происходит постепенно, и именно в этот период может развиться *острый травматический психоз*, характеризующийся сумеречным или делириозным помрачением сознания, астеническим оглушением, мориоподобным синдромом и реже онейроидом (Мнухин С. С., 1935). Возможно также возникновение *корсаковского синдрома,* характеризующегося нарушением запоминания, амнезией, дезориентировкой, конфабуляциями, псевдореминисценциями, колебаниями настроения (Сухарева Г. Е., 1974). Наблюдаются также затяжные психотические состояния: чередование эйфории и психомоторного возбуждения с периодом вялости, адинамии, колебаниями ясности сознания, эпизодами сумеречного состояния. При этом продолжительность психотических расстройств составляет в среднем 6 недель. В менее тяжелых случаях в остром периоде наблюдаются расстройства настроения, тревога, страхи, обманы восприятия, повышенная истощаемость, иногда адинамия, эмоциональная гиперестезия, головная боль, головокружение, вегетативные нарушения.

Подострые и затяжные травматические психозы развиваются в *позднем периоде* (от 1 до 12 мес) или являются продолжением острых психозов. Обычно при этом выраженность психических расстройств уменьшается. Наряду с психотической симптоматикой могут возникнуть те или иные проявления психоорганического синдрома: астения, пароксизмальные нарушения. Отмечаются также ночные сумеречные расстройства (автоматизмы, страхи). В этом периоде, в особенности после тяжелых повреждений мозга, возможно появление или продолжение нарушений памяти в форме корсаковского синдрома. При этом у детей отмечается не только неспособность запомнить текущие события, но и отсутствие воспоминаний на значительный период прошлого (ретроградная амнезия).

Психические нарушения отдаленного периода черепно-мозговой травмы впервые появляются спустя несколько лет после травмы или формируются из тех психопатологических расстройств, которые имели место в более ранние периоды. Чаще всего в этих случаях наблюдаются разнообразные формы травматической энцефалопатии. Так, *травматическая церебрастения* характеризуется преобладанием в ее клинической картине выраженной истощаемости и раздражительности, иногда достигающей аффективной взрывчатости. На этом фоне нередко возникают *неврозоподобные расстройства* с истерической, неврастенической, ипохондрической или депрессивной симптоматикой. Остаточные явления после травматических поражений головного мозга предрасполагают при попадании ребенка или подростка в трудные жизненные обстоятельства к возникновению психогенных невротических или (значительно реже) психотических расстройств. Травматиче-

ские поражения — также благоприятная основа для патологического формирования личности.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией отличается формированием патологических изменений личности преимущественно в форме истерических черт, аффективной возбудимости, взрывчатости, агрессивности или двигательной расторможенности. На фоне энцефалопатии могут возникать колебания настроения (*дисфории)* или циклотимоподобные реакции с субдепрессивными и реже гипоманиакальными проявлениями. Не является большой редкостью появление в период от 6 мес. до 5 лет *эпилептиформных* пароксизмальных *расстройств* (травматической эпилепсии), проявляющихся в форме генерализованных, джексоновских, малых припадков, катаплексии или диэнцефальных пароксизмов. В отдаленном периоде после травмы иногда отмечаются аффективные психозы (периодические психозы) с депрессивной и значительно реже гипоманиакальной симптоматикой. Обычно они являются продолжением имевшихся ранее психозов. Сравнительно редко формируется травматическая деменция, которая, как правило, является следствием тяжелых поражений мозга (особенно его фронтально-базальных областей). Она также может быть завершающим этапом травматических психозов.

Травмы головного мозга у детей раннего возраста могут служить причиной церебрастений, энцефалопатий, задержек психического развития и умственной отсталости. Однако наиболее частыми оказываются *расстройства регуляции вегетативных функций.* При благоприятном течении возникают повышенная утомляемость и истощаемость, появляются расстройства внимания, *неврозоподобные симптомы.* При отсутствии дополнительных отягчающих обстоятельств через 2—3 года происходит полная компенсация психической деятельности. При неблагоприятном течении наряду с вегетативными расстройствами наблюдаются тремор конечностей, тики, гиперкинезы, вестибулярные, очаговые и менингеальные симптомы. Могут возникать *эпилептиформные припадки*. В дальнейшем формируются *психопатоподобные нарушения* или *травматическая деменция*, напоминающая по равномерности возникающего дефекта умственную отсталость.

Лечение. В начальном периоде после травмы головы продолжительность постельного режима и покоя, назначаемых в обязательном порядке, зависит от тяжести травмы (от 7 дней до нескольких недель). Применяется холод на голову. Дегидратирующие средства (фуросемид, диакарб, сульфат магния, лазикс, спинномозговая пункция) назначаются в зависимости от степени гипертензии. При гипотензивном синдроме — внутривенное введение дистиллированной воды, изотонического раствора натрия хлорида. Рекомендуются также гемостатические (викасол, кальция хлорид, аскорутин), противогистаминные (димедрол, дипразин, супрастин и др.), симптоматические (седальгин, беллоид, белласпон, циннаризин, препараты брома, валерианы, сибазон, хлозепид, фенозепам) средства. При продуктивной психопатологической симптоматике и возбуждении используют нейролептики и большие дозы седуксена. В процессе выздоровления больной должен получать общеукрепляющую терапию, ноотропные средства, витамины, при возбуждении — нейролептики. В отдаленном периоде после травмы необходимо сочетать лечебные и реабилитационные мероприятия (психотерапию, коррекционно-педагогические и воспитательные меры). Медикаментозная терапия назначается в зависимости от преобладающей симптоматики. Например, при эпилептиформных расстройствах необходима противосудорожная терапия, при аффективных нарушениях — нормотимики, антидепрессанты и т. д.

Патопсихология черепно-мозговой травмы

Психические нарушения в остром и начальном периоде носят регредиентный характер. Интеллектуально-мнестические нарушения в этих стадиях более грубы, чем в дальнейшем.

Травматическая церебрастения. В острой фазе преобладают безразличие и вялость. В хронической — на передний план выступают раздражительность и истощаемость. Раздражительность — почва для несдержанности, нетерпеливости, неуступчивости, сварливости и склонности к скандалам. Истощаемость проявляется в виде утомляемости, нерешительности, неверия в собственные силы и возможности. Больные избегают конфликтов и стрессовых ситуаций. У них отмечаются обычно чрезмерная чувствительность к внешним раздражителям (шум, яркий свет) и повышенная лабильность вегетативной нервной системы (колебания АД, частоты пульса, изменения вазомоторных реакций).

Травматическая энцефалопатия с апатией напоминает астению, но преобладает истощаемость без повышенной возбудимости. Больные вялы, ослаблены. Побуждения отсутствуют, круг интересов ограничен лишь темами, касающимися поддержания существования. Память также бывает ослаблена.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией также развивается на астеническом фоне. Ее формирование зависит от возраста, тяжести травмы, преморбида и от наличия сопутствующих отягощающих факторов (алкоголизм). Структура личности больных сильно отличается от ее преморбидного склада. Можно говорить о надломе или прекращении развития. Частый результат — прекращение процесса созревания и увеличивающаяся отчужденность от окружающих. Изменения личности — сложный комплекс. С одной стороны, отрицательные черты индивида после травмы могут демаскироваться и подавить остальные, с другой — исчезают характерные личные свойства, происходит нивелировка и обесцвечивание (Baeyer W., 1951). Эта дезинтеграция ведет к снижению социальной ценности индивида, что может стать первым шагом к деградации. У молодежи описывают две группы больных с изменениями личности. В одной преобладают несозревшие, грубые типы, поведение у них не соответствует их аффективному возрасту. Эгоизм, необщительность, капризность, нетерпимое отношение к критике, совершенно неправильная оценка своих способностей и возможностей, а также важничанье имеют место наряду с собственной неуверенностью и склонностью разрешать трудные проблемы с помощью грубой силы. В другую входят чрезмерно чувствительные, боязливые, брюзгливо-депрессивные личности. Они бессильны перед решением сложных психологических проблем или экономических трудностей. В чужом окружении они кажутся робкими и безвольными, а по отношению к более слабым в своей собственной семье они суровы и беспощадны. Предполагается двойная регрессия к пуэрильности и сенильности. Отсутствием живости, постоянной придирчивостью и нигилистическим отношением к окружающей действительности больные напоминают стариков, а своей чванливой заносчивостью и невоспитанностью — незрелых подростков в период полового созревания (Lindenberg W., 1948).

Травматическое слабоумие характеризуется расстройствами памяти, дисмнезиями и даже тотальной амнезией. Превалирует снижение интересов, вялость, аспонтанность, слабодушие и признаки астении. Изредка вначале обнаруживаются эйфория или раздражительность, некритичность, переоценка собственных возможностей, расторможенность влечений (псевдопаралич).

Кардинальный признак психических нарушений при черепно-мозговой травме — *астения* (Зейгарник Б. В., 1948). Психическая истощаемость наблюдается в ходе патопсихологического эксперимента при исследовании интеллекта и его предпосылок. Причем эта истощаемость имеет 5 вариантов проявления.

1. Снижение работоспособности к концу выполняемого больным задания. Оценивается с помощью *таблиц Крепелина* или *поиска чисел в таблицах Шульте*.

2. Истощаемость лишь одной из функций, например мнестической. Кривая *запоминания 10 слов* носит зигзагообразный характер.

3. В виде нарушений мыслительной деятельности. Отмечаются поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений. Наблюдается неустойчивость способа выполнения заданий, а уровень обобщения в целом не снижен. Адекватный характер суждений не стоек.

4. Может приближаться к повышенной психической пресыщаемости. Изменяется скорость и ритм выполнения задания, появляются вариации в модусе выполняемой деятельности (вместо одних значков исследуемый рисует другие). Специальная *методика для исследования пресыщения* лучше выявит это расстройство (Karsten A., 1928).

5. Невозможность образования самого психического процесса в первичном снижении психического тонуса. Периодические нарушения узнавания (вместо «груша» — «фрукты»).

Истощаемость обнаруживается при исследовании внимания, памяти, интеллектуальной работоспособности и мыслительной деятельности.

Для анализа колебаний уровня достижений при осуществлении длительной деятельности используются *заучивание 10 слов, таблицы Э. Крепелина, метод совмещения В. М. Когана, таблицы Шульте*. Общие особенности динамики деятельности при посттравматических астенических состояниях: *кратковременные врабатываемость и упражняемость*, быстро сменяющиеся утомлением (Виленский О. Г., 1971). Чем больше выражены энцефалопатические изменения, тем менее значительны проявления врабатываемости, то же можно сказать и о степени интеллектуального снижения и нивелированности врабатываемости.

Травматическое слабоумие встречается у 3—5 % больных с травматическими расстройствами отдаленного периода. Типы посттравматического слабоумия: простое слабоумие, псевдопаралич, параноидное слабоумие, характеризующееся преимущественно аффективно-личностными нарушениями.

Для отдаленного периода после черепно-мозговой травмы наиболее типичны *характерологические изменения*, в связи с чем большое значение приобретают исследования личности.

Чаще всего обнаруживается выраженная *аффективная лабильность*, с которой отчасти связывается истощаемость. Личностные проявления в отдаленном периоде разнообразны: нейротизм сочетается с интроверсией, но чаще с экстраверсией. Максимально низкая самооценка по шкалам здоровья и счастья, максимально высокая по шкале характера (*по методике Дембо — Рубинштейн*). Легко возникает самооценка ситуационно-депрессивного типа, особенно по шкале настроения.

При псевдопаралитическом варианте слабоумия самооценка носит эйфорически-анозогнозический характер. При неврозо- и психопатоподобных проявлениях чаще всего наблюдается большая хрупкость уровня притязаний, не корригируемого истинными достижениями.

Синдромом, присущим данному больному, определялись личностные изменения: ипохондрические, гипотимические, психопатоподобные и др. *Опросник Шмишека* часто показывает сочетанный тип акцентуации. На фоне высокого среднего показателя акцентуации выделяются высокие показатели по шкалам дистимии, возбудимости, аффективной лабильности, демонстративности.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Детский церебральный паралич (ДЦП) — нарушение осанки и двигательных функций, приобретенное в первые годы жизни, не прогрессирующее, отчасти поддающееся функциональной корректировке и объясняющееся недостаточным развитием, либо повреждением головного мозга. При этом заболевании отмечается замедленное развитие психомоторных функций, особенно на ранних этапах постнатального онтогенеза. Выявлены особенности сенсорных, когнитивных и интеллектуальных процессов. Эти нарушения связывают с недоразвитием моторики (Шипицына Л. М., Мамайчук И. И., 2001).

При этом могут быть либо параличи, либо то или иное расстройство контроля движения. Нарушаются не только двигательные, но постуральные механизмы. Повышается мышечный тонус. ДЦП сочетается с умственной отсталостью, судорожными проявлениями, расстройствами поведения, дефектами речи и слуха, нарушениями чувствительности и др. Частота заболевания от 0,9 до 2,2 на 1000 детского населения. Происхождение ДЦП может зависеть от пренатальных, натальных и постнатальных вредностей. Особенное значение имеют 2 фактора: *недоношенность* и *гемолитическая болезнь* новорожденных (ядерная желтуха).

ПАТОПСИХОЛОГИЯ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Взаимозависимость психических расстройств и моторных нарушений обнаруживается при изучении разных форм ДЦП.

1. *Спастическая диплегия* (в спецшколе — 45 %). Психика детей чаще не изменена, многие из детей могут обучаться в массовой школе. В отдельных случаях возможно снижение интеллекта, однако при рано начатой систематической работе задержку психического развития можно успешно преодолеть.
2. *Двойная гемиплегия*. Интеллект страдает больше, чем при других формах ДЦП. Степень отставания развития соответствует умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталости. Часто отмечается анартрия.
3. *Гемипаретическая форма* (20—25 % учащихся спецшкол). Спастические изменения тонуса мышц. В трети случаев — умственная отсталость. В половине случаев — ЗПР.
4. *Гиперкинетическая форма* (15—20 % — в спецшколе): хореиформные гиперкинезы, атетоидные гиперкинезы, хореоатетоидные гиперкинезы, спастическая кривошея. Чаще сочетается с другими формами. Имеет место дистония. У 90 % речевые нарушения. Нарушения слуха у 5—20 %. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах. Развитие психики и социальная адаптация затрудняются из-за речевых и двигательных нарушений.
5. *Атонически-астатическая (мозжечковая) форма* (10—15 % учащихся спецшкол). Атония и несформированность реакций равновесия, а также атаксия (нарушение координации движений, они — неловкие и несоразмерные). Нарушение ритма движений. Тремор затрудняет тонкие движения. Речь расстраивается, теряет плавность, становится прерывистой, монотонной и медленной. У половины детей легкая и умеренная умственная отсталость.

При всех клинических формах резидуальной нервно-психической патологии обнаруживаются следующие патопсихологические проявления.

Внимание

Повышенная психическая истощаемость, утомляемость, пониженная работоспособность. Нарушения избирательности, устойчивости, переключения, концентрации, распределения внимания. Кривая работоспособности неравномерна. Трудности при формировании произвольного внимания.

Восприятие

Отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции. Поздно появляется зрительное сосредоточение (после 4—8 мес.). Позже развивается прослеживающая функция глаз. Страдают активность, целостность и предметность восприятия. Затруднен зрительный гнозис (узнавание предметов) при усложнении условий восприятия. Помехой зрительного восприятия может быть частое снижение остроты зрения, косоглазие, диплопия, нистагм, позотонические рефлексы. Большие затруднения при нарушениях движений верхних конечностей, умственной отсталости.

Снижение слуха, в частности фонематического, отрицательно влияет на формировании слухового восприятия.

Нарушенное ощущение своих движений — причина недостаточной активности осязательного восприятия, в том числе и стереогноза. В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве задерживается, появляются пространственные нарушения.

Неправильные представления о форме и сущности предметов. Грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор.

Могут страдать звенья пространственно-временного восприятия: предметно-пространственная и временная ориентировка, пространственная организация двигательного акта, словесное обозначение пространственных и временных компонентов.

Может быть нарушено активное восприятие пространства. Оно развивается замедленно, носит ситуативный характер, особенные трудности представляет ориентировка в «право — лево».

У школьников с ДЦП может быть комбинация симптомов: астереогноз, нарушение зрительного восприятия формы и пространственных представлений, что препятствует освоению школьных навыков, в особенности письма, чтения, черчения, геометрии, географии.

Не участвует в формировании пространственных представлений слуховая ориентировочная реакция из-за недостаточности пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Отмечается сенсорная сверхчувствительность — мышечный спазм или сокращение группы мышц в ответ на незначительный раздражитель.

Память

Недостатки восприятия определяют трудности формирования образной памяти. Память оказывается нечеткой, фрагментарной и искаженной. Нарушения фонематического слуха приводят к неверному воспоминанию. Такую же роль играет и нарушение зрительно-осязательного восприятия. Двигательная память развивается с опозданием и весьма своеобразно.

Слухоречевая механическая память (10 слов и цифр) нарушена, извращен порядок словесного и цифрового ряда, добавляются новые слова. Аналогичные ошибки и при запоминании материала, предъявляемого в зрительной модальности.

У некоторых детей с ДЦП механическая память нормальная или даже лучше, чем в норме. Однако это может быть только запоминание порядка следования явлений и их названий. Словесно-логическая память формируется с опозданием, задерживается в своем становлении.

У детей с гиперкинетической формой способность к узнаванию и запоминанию сразу же после показа, а также запоминание и воспроизведение значительно более сохранны, чем у детей с другими формами ДЦП.

Мышление

Двигательные нарушения не позволяют освоить многообразие наглядно-действенных задач. В связи с этим наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием и весьма своеобразно. Часто наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает формироваться практически без наглядно-действенного мышления. Ребенок может объяснять некоторые действия, которые он не выполнял и не сможет выполнить.

Наглядно-образное мышление из-за нарушенного чувственного опыта и наглядно-действенного мышления развивается позже и имеет специфические особенности.

Словесно-логическое мышление отстает в своем формировании из-за нарушений речи, отсутствия практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении. Чувственное обобщение преобладает над словесным, возникает задержка развития понятийного мышления. Наглядная ситуация, внешние несущественные признаки имеют большее значение, чем таковые же для здоровых детей.

При гиперкинетической форме чувственное обобщение достигает своего наибольшего развития. До становления активной речи характерен обобщенный тип восприятия. С развитием речи — дальнейшее развитие словесного обобщения, понятийного мышления. Эмоциональность, стремление к общению способствуют тому, что речь рано становится средством связи и познания окружающего мира. В силу этого наиболее полное развитие абстрактного мышления происходит именно при этой форме.

При двойной гемиплегии и спастической диплегии чаще наблюдаются нарушения гностических зрительных функций (объема, пространственных взаимоотношений), что приводит к недостаточному развитию чувственного обобщения. Пугливость, инертность затрудняют развитие речи, мешают общению, речь не становится средством развития понятийного и абстрактного мышления.

При атонически-астатической форме речь — отражение конкретной связи слова с предметом, обобщенный же тип восприятия не развивается. Речь не становится средством связи и познания окружающего мира, что отражается в мышлении и поведении таких детей. Дети остаются часто вне ситуации, вне коллектива, не устанавливают связей с окружающими. Мышление — конкретное (Мастюкова Е. М., 1998).

Нарушения словесно-логического мышления в том, что с трудом устанавливаются сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификация предметов проводится по принципу конкретных ситуативных связей. Имеется задержка в развитии логического мышления, которая сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов.

Процесс овладения понятием количества протекает при патологическом формировании стереотипа счетного действия. Это отражается на результатах. Ограничение двигательного опыта препятствует нормальному развитию ручного действия, имеющего важное значение на начальных этапах становления счета (Гуменная Г. С., 1977).

На характер мыслительной деятельности влияют церебрастенические явления (низкая работоспособность, инертность).

Речь

Частота речевых нарушений — 70—80 %. Предречевое развитие медленнее, лепет к году или даже к 2 годам, он беден звуками, фрагментарен, слоговые ряды отсутствуют. Патологическое состояние артикуляционного аппарата препятствует спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, артикулированию слогов в период лепета. Нет последовательности развития лепета, как у здоровых детей (Архипова Е. Ф., 1989).

У 60—70 % детей имеется *дизартрия* (нарушение звукопроизносительной стороны речи). Она связана с общими двигательными расстройствами. При гиперкинетической форме помехой оказываются гиперкинезы языка, губ и т. д., меняющийся тонус сказывается на звукопроизношении, при резком повышении тонуса мышц может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонически-астатической форме речь медленная, прерывистая, монотонная. Пропускаются, искажаются или заменяются звуки. Нарушение кинестезии ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые нарушения речи возникают при нарушении слуха (чаще у детей с гиперкинезами), нарушениях дыхания и голосообразования.

Лексико-грамматическая сторона речи: первые слова к 1,5 года, фразовая речь к 3—3,5 года. В 6—7 лет редко употребляют предлоги, недостаточна дифференциация и низкая актуализация пространственно-временных связей и отношений в речи. В 5—7 лет *ограничен лексикон*. Особенно это касается характеристики предметов, их качеств и действий (Симонова Н. В., 1990). Имеются неточности в употреблении отдельных слов, частое использование речевых штампов.

Своеобразие общего речевого развития проявляется в *замедленном темпе*. В тяжелых случаях речь формируется только к 7 годам. Поражения двигательных механизмов речи и специфика самого заболевания, ограничивающего подвижность и контакты с людьми, определяют форму и тяжесть поражения. Фразы состоят из 2—3 слов. Нет обозначений многих видовых, родовых и других обобщающих понятий, задержано формирование пространственно-временных понятий. Дети недостаточно хорошо понимают многозначность слов, не знают некоторые предметы и явления окружающей действительности. Затруднено понимание текстов, арифметических задач, программного материала (Ипполитова М. В., 1993). Низкий уровень языковых способностей проявляется в слабой дифференциации лексических значений, незнании языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушении правил сочетаемости слов, неправильном построении предложений (Халилова Л. Б., 1990).

Мелодико-интонационная сторона речи нарушена: голос слабый, иссякающий, немодулированный, интонации не выразительны.

На формировании речи сказывается ограниченный круг общения, недостаток потребности в коммуникации, родительская гиперопека.

Эмоционально-волевая сфера

Среди видов формирования личности больных с ДЦП чаще встречаются *гармонический или органический инфантилизм*, при которых в неравномерном созревании отдельных психических функций преобладает недоразвитие личности.

1. *Невропатический вариант* осложненного инфатилизма (Ковалев В. В., 1979).

2. *Психический инфантилизм в сочетании с симптомами раздражительной слабости* (церебрастении).

3. *Органический инфантилизм* (Сухарева Г. Е., 1965; Мнухин С. С., 1968).

Особенности эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП связаны с биологическими факторами, с одной стороны, а с другой — с социальными условиями.

Наблюдаются эмоционально-волевые нарушения: повышенная возбудимость, чрезмерная чувствительность ко всем внешним раздражителям. Обычно дети беспокойны, суетливы, расторможенны, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Большая же часть отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться к быстро меняющимся условиям жизни, с большим трудом налаживают взаимодействие с новыми людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. Некоторые из них ипохондричны. Они боятся за свое здоровье и здоровье близких людей. Многие повышенно впечатлительны. Часто отмечается расстройство сна, повышенная утомляемость, двигательное беспокойство.

По уровню развития воли различают 3 группы подростков (Сараева Н. М., 1980).

1. Треть исследованных подростков отличается снижением эмоционально-волевого тонуса, астенизацией поведения, волевым инфантилизмом. Подростки не умеют или не желают регулировать свое поведение. Общая вялость, доходящая до апатии, у одних и крайняя несдержанность у других при отсутствии достаточной настойчивости в достижении коррекционно-восстановительного эффекта и хороших результатов в учебе. Не стремятся быть самостоятельными, проявляют иждивенчество.

2. У пятой части изученных подростков уровень волевого развития достаточно высок. Обладая адекватной самооценкой, правильно определяя свои возможности, они способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием.

3. У 43 % изученных подростков средний уровень волевого развития. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевую активность. Периоды подъема сменяются снижением уровня волевой активности.

Патологическое формирование личности (психогенно обусловленное развитие личности в связи с длительным действием психотравмирующего фактора и неправильным воспитанием) отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки. У части детей наблюдается демонстративное поведение, стремление манипулировать окружающими.

Тормозные формы поведения могут носить компенсаторный характер. Они характеризуются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы. Осознанно выбирают эту форму поведения, пытаясь скрыть свои речевые и двигательные нарушения. При неоправданно жесткой линии воспитания в семье возникают негативные последствия в развитии ребенка и усугубление его физического и психического состояния.

Осознание дефекта чаще всего происходит на 7—8-м году жизни и связано с переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также в связи с социальной депривацией. Э. С. Калижнюк (1987) возникающие психогенные реакции разделила на 2 варианта.

1. *Невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными* — гипостенический вариант (чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т. д.).

2. *Агрессивно-защитные формы поведения* — гиперстенический вариант (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уровне: астенофобические, астенодепрессивные, полиморфные синдромы с включением истерического компонента.

По отношению к своему дефекту выделены 3 основные группы (Есипова Т. В., 1977).

1. Дети полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои возможности и готовы к преодолению трудностей. Добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

2. Для них типично подавленное настроение, потеря веры в улучшение состояния. Это затрудняет лечебную и психолого-педагогическую работу.

3. Подростки сравнительно спокойно относятся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в спорте, учебе, общественной работе), у других — избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих — недостаточным развитием личности. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Особенно тяжело переживают свой дефект те, кто приобрел нарушения опорно-двигательного аппарата в подростковом возрасте.

Тест

1. Негативные симптомы моторных расстройств:

а) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;

б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);

в) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц).

2. Позитивные симптомы (патологические движения):

а) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц), тики (краткие подергивания мышц);

б) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;

в) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка).

3. Недоступные программы:

а) двигательная программа не вызывается по памяти (наример, апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария);

б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);

в) гиперкинезы (патологически усиленная моторика), миоклонии (толчкообразные сокращения мышц).

4. Непроизвольный вызов программы:

а) апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария;

б) тики, т. е. короткие или продолжительные сокращения мышц;

в) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы.

5. Неселективный вызов программ:

а) тики, т. е. короткие или продолжительные сокращения мышц;

б) ограничения координации движений (при повреждении мозжечка);

в) при необходимости делать несколько движений возникает ступор.

6. Расстройства регуляции выполнения движений:
а) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии;
б) нормальная двигательная функция выпадает: параличи, парезы;
в) в движении участвуют мышцы, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью.

7. Расстройства координации выполнения движений:
а) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии;
б) в движении участвуют мышцы, которые не сокращаются в определенной последовательности и с определенной интенсивностью;
в) апраксия, связанная с нарушением деятельности левого полушария.

8. Моторный инфантилизм Гомбургера:
а) психомоторная подвижность, не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться);
б) синкинезии, паратонии — сопротивление при пассивных движениях; повышение сухожильных рефлексов; неловкость произвольных движений;
в) моторные проявления свойственны раннему детству.

9. Моторная дебильность Дюпре:
а) синкинезии, паратонии — сопротивление при пассивных движениях; повышение сухожильных рефлексов; неловкость произвольных движений;
б) моторные проявления свойственны раннему детству;
в) недостаточность выразительных и изобразительных движений.

10. Экстрапирамидная недостаточность Гомбургера — Якоба:
а) моторные проявления свойственны раннему детству;
б) уедостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев), недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы);
в) зрительно-моторное рассогласование при оптической атаксии.

11. Фронтальная недостаточность моторики Гуревича:
а) недостаточность выразительных и изобразительных движений (мимики, танцев), недоразвитие автоматических и защитных движений (походка куклы);
б) психомоторная подвижность, не производят последовательные и продуктивные движения (не может сам одеться);
в) моторные проявления свойственны раннему детству.

Литература

Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста. — М. : Академия, 2009.
Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. — М. : ,Госиздат 1932.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — М. : Питер-Пресс, 2006.
Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. — СПб. : Речь, 2003.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л. : Медицина, 1985.
Можгинский Ю. Б. Психические болезни у подростков. — М. : Триада-Фарм, 2003.
Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. — Л., 1938.
Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич : хрестоматия. — СПб. : Дидактика Плюс, 2003.

Глава 26. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Все увеличивающаяся частота попыток детей и подростков познакомиться с наркотиками, повторно их использовать и даже привыкание к ним ставит перед теми, кто работают с детьми, неотложные задачи, успешное разрешение которых возможно лишь при полном представлении о сути, степени опасности и масштабе распространения этого явления.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ВИДЫ

Наркотик — психоактивное вещество, которое включено в официальный государственный список Министерством здравоохранения Российской Федерации вследствие его социальной опасности и из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, а при систематическом — психическую или физическую зависимость от него. Установлена уголовная ответственность за незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработку, перевоз и сбыт наркотических средств.

Наркомания — болезнь, вызванная систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от них.

Психоактивное вещество — вещество, употребление которого вызывает привлекательное психическое состояние, а при систематическом употреблении — психическую или физическую зависимость. Оно обладает теми же свойствами, что и наркотик, но в официальный список не включено, так как его социальная опасность невелика. Нередко это средство называют токсическим. Примером могут быть успокаивающие (транквилизирующие) лекарства: сибазон, элениум или ингалянты: бензин, ацетон и др.

Токсикомания — заболевание, проявляющееся психической (а иногда и физической) зависимостью от психоактивного вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Наркотики и другие психоактивные вещества систематизируются по Международной классификации болезней (МКБ-10, 1992). Различаются следующие психоактивные вещества:

1) препараты опия;
2) снотворные и седативные (успокаивающие) вещества;
3) кокаин;
4) препараты индийской конопли;
5) психостимуляторы;
6) галлюциногены;
7) алкоголь;
8) табак;
9) летучие растворители;
10) другие психоактивные вещества.

Все психоактивные вещества вызывают пристрастие, психическую и физическую зависимость, а также серьезные изменения психики, т. е. принципиального различия между ними нет. Все, кто работает с подростками, должны иметь представление о характеристиках наркотических веществ, их распространенности, особенностях влияния на организм и психику человека.

Табак

Токсичность табака определяется в основном никотином. Курение — фактор риска возникновения рака легких, других заболеваний легких и бронхов, нарушения кровообращения в сосудах ног, инфаркта миокарда, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и других заболеваний. Курение женщин подвергает риску здоровье еще не родившихся детей. Они чаще рождаются с дефектами и более восприимчивы к болезням.

Ингалянты

Эфир, бензин, растворители лака и красок, пятновыводители, ацетон, толуол, различные виды клея и др. — летучие вещества, которые вдыхают с целью получения токсического опьянения. Основные действующие вещества в ингалянтах — алифатические и ароматические углеводороды. Пары применяемых средств вдыхают со смоченной ткани, из шапки, из целлофанового пакета или из посуды в течение 1—2 или 10—15 мин в зависимости от того, что используют.

Спиртсодержащие напитки

Водка, самогон, вино, пиво и др. используются для получения опьяняющего эффекта в связи с наличием в них алкоголя. Под влиянием последнего нарушается обмен веществ, расстраивается иммунитет. В мозге увеличивается продукция морфиноподобных веществ, которые, вызывая приятное состояние, могут привести к психической и физической зависимости от алкоголя. Возникновение алкоголизма связано с наследственной предрасположенностью организма и влиянием среды. Алкоголь поражает почти все органы и системы. Заболевания сердца и мозга у лиц, злоупотребляющих алкоголем, встречаются в 4—5 раз чаще, чем у непьющих. Расстраивается деятельность желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. Снижается половая функция у мужчин, нарушается способность к деторождению у женщин. Дети родителей, злоупотребляющих алкоголем, медленнее развиваются, у них чаще наблюдаются пороки развития, нервно-психические и эндокринные расстройства, глухонемота, эпилепсия. Наследственность 40 % умственно отсталых детей отягощена алкоголизмом родителей.

Препараты опия (морфий, героин)

Опий — млечный сок снотворного мака, содержит алкалоиды: морфий, кодеин, папаверин, которые действуют на центральную нервную систему. Они, угнетая дыхание, уменьшая боль, вызывая благодушие, эйфорию, иногда рвоту, расслабляют гладкую мускулатуру (сосудов, кишечника и т. д.). Опий курят, морфий и героин вводят внутривенно. Соматическое состояние пристрастившихся к этим наркотикам болезненное: морщинистая землистая кожа, одутловатое лицо, общее истощение. С зубов сходит эмаль, они выпадают. Ногти теряют блеск, становятся хрупкими, обламываются слоями. Наркоманы рано седеют, лысеют. Происходит поражение вен. У них развивается психическая и физическая слабость. Снижается выносливость, приводящая к неспособности выполнять какую-либо работу. Наблюдаются признаки преждевременного старения. У некоторых больных появляются судорожные припадки.

Препараты индийской конопли — каннабиноиды (марихуана, гашиш, анаша)

Главное действующее начало, содержащееся в них и вызывающее наркотическое действие, — каннабинол, дельта-9-тетрагидроканнабинол. Именно от них зависит опьяняющее действие препаратов из конопли. Гашиш смешивают с табаком и курят, его дым вдыхают через трубочку. В смеси с табаком жуют, добавляют в еду или напитки. Первоначально эти вещества вызывают речевое и половое возбуждение, яркие зрительные галлюцинации, повышение настроения. Затем их действие становится угнетающим, оно завершается сном с яркими сновидениями. В дальнейшем падает настроение, меняется поведение. При тяжелом отравлении возможен смертельный исход. Длительное употребление приводит к изменению личности, иногда к слабоумию. Сопровождается соматовегетативными нарушениями, учащенным сердцебиением, понижением кровяного давления, мышечным расслаблением, изменением сухожильных рефлексов.

Психостимуляторы (эфедрон, первитин, фенамин, кофеин, винт)

Психостимуляторы вызывают необычный душевный подъем, стремление к деятельности, иногда переходящее в агрессию, снимают усталость, вызывают прилив энергии, создают ощущение ясности ума, уверенности в своих силах. Эти переживания, как правило, сочетаются с взбудораженностью, тревожностью и настороженностью. Следует отметить бессонницу, снижение аппетита, понос, подъемы температуры тела, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, затруднения дыхания, дрожание конечностей, нарушение координации. Первоначально усиливающаяся сексуальная потенция сменяется половым бессилием.

Галлюциногены

Психоактивные вещества, вызывающие галлюцинации или кратковременные психозы. К ним относится синтетический препарат, вырабатываемый из грибков-паразитов ржи и других злаков (производное лизергиновой кислоты), вещества, получаемые из некоторых грибов (псилоцибин), кактусов (мескалин), лекарства: астматол, циклодол, димедрол.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

В 14-летнем возрасте уже 70 % детей имеют первый опыт *курения табака*. Курить дети начинают в среднем в 9—10 лет. Среди взрослых 40 % курят табак, а у 93 % из них диагностируется табачная зависимость.

Подавляющее большинство тех, кто вдыхают ингалянты, — дети младшего и среднего возраста, а также подростки. О распространенности вдыхания (бензина, ацетона, органических растворителей, керосина, пятновыводителей и др.) можно судить по информированности детей об этих токсических веществах. От 33,3 % детей до 69,5 % подростков сообщают об известных им случаях употребления опьяняющих веществ неалкогольной природы в их ближайшем окружении. Начало потребления этих токсических веществ падает на возраст 10—12 лет.

Начиная с 1960-х гг. отмечается возрастание *пьянства* и *алкоголизма* среди подростков. В 1989—1990 гг. в Санкт-Петербурге 49 % школьников 7—10 классов неоднократно употребляли алкогольные напитки (еженедельно — 2,1 %), 73 % учащихся ПТУ (еженедельно — 39 %), 91 % — обитателей приемника-распределителя. В 1995 г. 80—85 % школьников и учащихся ПТУ уже употребляли спиртное систематически (3,8 %), умеренно (18 %), эпизодически (27 %), что на 10 % больше, чем в 1993 г. В Санкт-Петербурге каждый шестой юноша и каж-

дая десятая школьница подтвердили, что их потребление алкоголя носит регулярный характер. В связи с алкоголизацией подростков резко возрастает риск их делинквентного поведения. Подростковая преступность растет в 10 раз быстрее взрослой, она опережает в 6 раз рост популяции подростков. В 1990 г. задержаны за употребление алкоголя 4423 подростка, а в 1993 г. — 4882. В 1993 г. каждое 4-е преступление совершено подростком в состоянии алкогольного опьянения. Число алкогольных психозов с 1984 г. увеличилось на 69 %, а число отравлений алкоголем — на 92 % (Аргументы и факты, 1995, № 51).

Наркоманы, начиная с «легких» наркотиков, быстро переходят к «тяжелым». Подавляющее большинство не доживает до 30 лет. В 1996 г. среди наркоманов потребителей героина было 28 %, а в 1997 г. — уже 74 %. В 1994 г. в Санкт-Петербурге наркотики потребляли 6 % от всех жителей города (свыше 300 тыс. человек). В наркологических стационарах умерло больных наркоманией в 6 раз больше, чем в 1989 г. Свыше 60 % наркоманов составляет молодежь в возрасте от 15 до 25 лет. Из общего числа лиц, совершивших преступления, связанные с наркотиками, в России в течение 1988—1993 гг. доля подростков и молодежи составляла 68—77 %. В последующие 4 года наркомания среди подростков выросла в 6—8 раз. В Санкт-Петербурге каждый пятый школьник уже познакомился с наркотическими веществами. При опросе 16—17-летних школьников выявлено, что 80,7 % девушек и 70,5 % мальчиков не пробовали наркотики, более 10 % юношей и 5 % девушек продолжали принимать их на момент обследования, а 4 % юношей и 3 % девушек признались в их систематическом употреблении. По мнению самих наркоманов, наиболее опасный возраст для приобщения к наркотикам — 14—16 лет. Наркотики употребляют 63,5 % находящихся в молодежной колонии, 47,7 % подследственных, 46 % учеников гимназий, 38,3 % учащихся техникумов. Продавцы наркотиков охотятся за детьми из обеспеченных семей, и, по-видимому, с этим связано то, что 46 % учащихся одной из элитных гимназий признались в употреблении наркотиков.

Среди подростков наиболее популярны алкоголь, ингалянты, препараты конопли, галлюциногены (атропин и др.), препараты опия (самодельные из головок мака или маковой соломки) и стимуляторы (производные эфедрина). Наркомания в нашей стране помолодела. Среди зарегистрированных наркоманов 20 % составляют подростки 15—16 лет, 15 % — 17—18 лет и 20 % — 19—20-летние.

Для понимания причин и механизмов развития наркомании очень важно учитывать психологические характеристики подросткового возраста, который по своей сути является кризисом взросления. У одних этот этап жизни осложняется кризисом идентичности (затруднение усвоения образцов поведения значимых других людей), у других — кризисом авторитетов. Кризис также может проявляться деперсонализацией (переживанием кажущейся чуждости своего «Я»), переживаниями своих, чаще всего воображаемых, физических недостатков, ипохондрией (чрезмерной озабоченностью своим здоровьем), нарушениями пищевого поведения (отказом от пищи или прожорливостью), бесплодным рассуждательством, асоциальным поведением и даже мыслями или стремлениями к самоубийству.

Молодежь в своем стремлении освободиться от опеки старших использует разные средства. Отсутствие взаимопонимания в семье, чрезмерное давление родителей, недостаток уверенности в собственных силах — все это заставляет подростков объединяться в группы. В них молодежь пытается получить то, что не может иметь дома, — доверие, понимание, поддержку, добрые чувства. Кроме того, объединяясь, подростки развлекаются, стремятся выразить себя. В поисках новых, необычных ощущений и переживаний подростки экспериментируют с ингалянтами, алкогольными напитками, наркотическими веществами. Две трети подростков знакомятся с ними из любопытства, желая получить свой первый опыт,

соприкасаясь с «запретным плодом». До 90 % наркоманов начинают употреблять наркотические вещества в неформальных группах. Нередко в компании первую дозу получают обманным путем в качестве «нового сорта сигареты» или другой необычной «приманки» (таблеток, напитков или даже инъекций). В части случаев начало употребления определяется подражанием старшим. Особенность возраста — формирование идентичности усвоения образцов поведения других людей, значимых для подростков.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Наркотическая зависимость возникает не сразу, ей предшествует аддиктивное поведение, т. е. злоупотребление различными психоактивными веществами, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась физическая зависимость. Этот термин (понятие) происходит от англ. *addiction* — «пагубная привычка», что должно указывать на необходимость воспитательных, а не медицинских мер. Это нарушение поведения развивается двумя путями. В первом случае подростки пробуют различные психоактивные вещества: бензин, клей, затем алкогольные напитки, не гнушаясь при этом предложенными таблетками или сигаретами с марихуаной. Во втором случае наблюдается злоупотребление только каким-нибудь одним токсическим веществом (бензином, алкоголем). Раннее сосредоточение на одном психоактивном веществе обычно связано с недоступностью других. Этапы развития аддиктивного поведения: 1) первые пробы — начало аддиктивного поведения; на данном этапе возможен отказ от продолжения экспериментирования с психоактивными веществами из-за неприятных ощущений, страха пристраститься или угрозы наказаний; 2) поисковый «полинаркотизм» — наступает тогда, когда за первыми пробами наступают повторные; 3) выбор предпочитаемого вещества — завершение поисков.

Модели аддиктивного поведения

В основе развития и закрепления аддиктивного поведения лежат общие механизмы (модели).

Атарактическая (успокаивающая) модель — это один из наиболее распространенных вариантов применения психоактивных веществ (наркотиков) с целью достижения душевного спокойствия (12—15,4 % среди алкоголизирующихся). Их употребление направлено на снятие нервного напряжения, на то, чтобы расслабиться, успокоиться, забыться, уйти от неприглядной или опасной действительности, от неразрешимых жизненных проблем. Подростки свою алкоголизацию (наркотизацию) объясняют следующим образом: «Чтобы быть спокойнее» (5,7—7,7 % среди алкоголизирующихся). В других случаях доминирующим мотивом оказывается высокий уровень аффективной напряженности, преобладание пониженного настроения нередко с раздражительностью, мрачностью.

Недостаточно приспособленные, плохо адаптирующиеся к новой среде подростки находятся в связи с неудовлетворенностью своими отношениями с окружающими в постоянном психическом напряжении. Им приходится искать пути *гармонизации* своего положения. Не умея нормализовать свои отношения с окружающими, подростки используют психоактивные вещества для того, чтобы заменить психологические механизмы межперсональных отношений. Применяющие данные вещества говорят, что делают это, «чтобы было легче разговаривать с людьми» (1,9—2,5 % среди алкоголизирующихся).

Модель — употребление психоактивных веществ для изменения эмоционального состояния: тревоги, депрессии, апатии. Цель в этом случае — улучшить настроение, добиться эмоционального комфорта в трудных и тем более критических для под-

ростка жизненных ситуациях (разрыв с членами семьи, утрата значимой фигуры, разочарование в любви, дружбе). Пристрастие к психоактивным веществам может возникнуть как способ самолечения на начальных этапах невротических или психотических расстройств, иногда еще во время отсутствия явной симптоматики.

Коммуникативная модель может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием психоактивных веществ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в своих возможностях. «Принимаю для того, чтобы легче общаться с другими людьми», — говорит подросток (3,2—4,5 % среди алкоголизирующихся). Имеются сведения, что до 30 % всех алкоголиков начинают с привычки принимать «допинг» перед общением, в особенности с лицами противоположного пола. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально ранимые подростки.

Активирующая модель. В одних случаях подростки применяют психоактивные вещества с целью достижения переживаний подъема сил, бодрости, оживления активности. Будучи неуверенными в своих силах и возможностях, имея сниженную самооценку, подростки пытаются достичь прямо противоположного — уверенности, бесстрашия, раскованности. В опьянении становится легче реализовать истинные и воображаемые способности, совершить «выдающиеся поступки». В других случаях таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия. Алкоголизация, например, может создать у подростка впечатление прекрасной приспособленности и вполне удовлетворительной самореализации. В этом случае подросток может сказать: «Принимаю спиртное, потому что мне приятно быть немного пьяным» (8,2—12 %).

Гедонистическая модель. Употребление психоактивных веществ используется также и для получения удовольствий, переживания приятных ощущений, психического и физического комфорта. Вызванный в таком случае на откровенность подросток признается, что делает, потому что ему это нравится (36,9—48,6 %). При этом стремятся создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить состояние эйфории. Так, например, происходит при вдыхании ингалянтов. Стремление к получению удовольствий с помощью токсических средств возникает из-за невозможности и неумения развлечь себя иным образом (с помощью спортивной, творческой и иной активности). Если наркотическое опьянение дает желаемое наслаждение, то это довольно быстро приводит к формированию болезненного пристрастия. Чаще всего по этому пути идут гипертимные и неустойчивые подростки.

Конформная модель. Стремление подростков подражать, не отставать от сверстников, быть принятыми группой может привести к употреблению психоактивных веществ именно с этой целью. Чтобы для собственного утверждения пережить принадлежность к группе, укрепить свой социальный статус, подростки вынуждены разделять со своими товарищами всю их активность, в том числе и касающуюся психоактивных веществ. Подросток говорит: «Я делаю это, потому что мои друзья тоже пьют». Развитие этой модели связано со стремлением подражать лидерам, некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому принадлежит подросток.

Манипулятивная модель. Психоактивные вещества используются для манипулирования другими, для их эксплуатации, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ. Истероидные подростки, например желая покрасоваться, привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью «много выпить», добиться лидирующего положения, охотно пользуются наркотиками и алкоголем. Эпилептоидные подростки посредством психоактивных веществ пытаются подчинить себе ситуацию, успешно выступить в роли лидера.

Компенсаторная модель определяется необходимостью компенсировать какую-либо неполноценность личности, дисгармонии характера, мотивационной сферы. У подростков, которые плохо переносят конфликты и любые трудности в школе и дома, возникает наибольший риск закрепления аддиктивного поведения как формы реагирования на любые жизненные проблемы. Такая форма поведения создает впечатление разрешения трудностей и помогает избежать неприятных переживаний (Исаев Д. Д., Журавлев И. И., Дементьев В. В. [и др.] 1992).

Употребление психоактивных веществ способствует увлечению постоянно слушать современную ритмическую и обязательно громкую музыку, азартными играми, пристрастию к игральным автоматам, сексуальному экспериментированию и беспорядочным половым контактам.

Формирование аддиктивного поведения в значительной степени связано с групповой психологической зависимостью, т. е. с появлением потребности к употреблению психоактивного вещества только тогда, когда собирается «своя компания». Не меньшее значение для ее формирования имеют существенно сниженные адаптивные возможности подростков, обусловленные эмоциональной неустойчивостью, недостаточным самоконтролем поведения, низкой самокритичностью, неразвитой рефлексией, эгоцентричностью, неуверенностью в себе или чрезмерной переоценкой собственного «Я», бегством от реальности, инфантильностью, чувством неспособности справиться с трудностями, отсутствием устойчивых интересов и увлечений.

Первые эпизоды наркотизации и алкоголизации у младших подростков 12—13 лет связаны, как правило, с трудной семейной или школьной ситуацией, безнадзорностью, некритичным отношением к поведению окружающих. Так как в этом возрасте наиболее доступны лекарственные и бытовые средства (бензин, клей, зубные пасты, таблетки и др.) и в то же время имеется заблуждение, что они менее вредны и опасны, то именно с них начинается аддиктивное поведение.

Наиболее опасный возраст для начала экспериментирования с любыми психоактивными веществами — 14—15 лет. Старшие подростки (16—17 лет) реже начинают употреблять психоактивные вещества.

Типы акцентуаций подростков с аддиктивным поведением

Для наилучшего понимания развития привыкания подростков к психически активным веществам приходится учитывать не только возраст, но и особенности их характера (акцентуации).

Гипертимные подростки, отличающиеся преобладанием *приподнятого настроения,* жаждой деятельности, повышенной словоохотливостью, неугасимым оптимизмом, склонностью к риску, острым ощущениям, неразборчивостью в выборе знакомств, податливы влиянию приятелей из стихийно формирующихся групп и легко соблазняются на предложения алкоголя, токсических веществ и наркотиков. Все психоактивные вещества, вызывающие подъем настроения, созвучны личности, и подростки легко становятся на путь их употребления. Для этих подростков характерно стремление попробовать как можно больше разных предлагаемых им препаратов.

У подростков с постоянным наличием преобладающего *сниженного настроения* нередко возникает желание добиться его улучшения с помощью алкогольных напитков или стимуляторов. Однако эти средства чаще всего не дают желаемого результата. Более того, алкоголь нередко углубляет депрессию. Стимуляторы же у этих подростков скорее вызовут тревогу и беспокойство, чем поднимут настроение. Успокаивающие (транквилизаторы) улучшают настроение и уменьша-

ют степень актуальности жизненных трудностей, в связи с чем к ним возникает пристрастие.

Живо на все реагирующие, с *легко меняющимся настроением* и впечатлительные подростки начинают употреблять ингалянты или алкогольные напитки под влиянием референтной группы, от которой они сильно зависят. Эйфоризирующее действие ингалянтов, способствующее оживлению фантазий, делает эти вещества особенно привлекательными для них. Возможность «забыться» на некоторое время, «отключиться» от реальности, исправить настроение еще один повод для их использования.

Нерешительные, сомневающиеся, *мнительные*, пугающиеся всего нового, постоянно тревожные подростки, обнаружив, что успокаивающие или другие психоактивные средства способны смягчить переживания, связанные с предстоящими или воображаемыми трудностям, могут прибегать к их поддержке при определенных ситуациях.

У подростков с выраженной *интравертированностью*, пребывающих в вымышленном мире собственных схем и фантазий, склонных к уединенности, психоактивные вещества стимулируют фантазирование или облегчают столь трудный для них процесс общения. В этой связи они легко привыкают к опийным препаратам, а в младшем подростковом возрасте — к ингалянтам.

Значительный процент среди наркотизирующихся и алкоголизирующихся подростков составляют такие, которые *склонны к бурным вспышкам аффекта,* неожиданным действиям и поступкам, решению конфликтов с помощью грубой физической силы. В состоянии опьянения они утрачивают контроль над своим поведением, затевают ссоры, вступают в конфликты, в драках наносят тяжелые повреждения. С первого опыта знакомства с алкоголем или другими токсическими веществами стремятся добиться «полного отключения». Начиная употреблять те или иные наркотические вещества, легко оказываются в рабской зависимости от них.

Истероидные подростки характеризуются эгоцентризмом, капризностью, демонстративностью, интриганством, потребностью в признании, самовосхвалением. Они, будучи легко внушаемыми, бездумно подчиняются всем предлагающим попробовать сигареты, напитки, любые психоактивные вещества. Они обнаруживают особую склонность к стимуляторам, привлекательными для них могут оказаться и алкоголь, и опиаты, и транквилизаторы. Способствует возникновению у них пристрастия стремление покрасоваться, продемонстрировать свою выносливость к спиртным напиткам, показать свою способность «всех перепить».

У подростков *слабовольных*, неспособных к самостоятельности, постоянно ищущих удовольствий, праздности и развлечений, самый высокий риск аддиктивного поведения. Не будучи в силах занять себя сами, они все время нуждаются в стимуляции. В своем стремлении к наслаждениям, они, однажды попробовав психоактивное вещество, легко становятся на путь их постоянного использования, как правило не отдавая предпочтения ни одному из них.

Аддиктивное поведение, порожденное неблагоприятными биологическими и социально-психологическими факторами, ими же и осложняется, нарушая образ жизни подростков. Чем дольше они потребляют психоактивные вещества, тем больше расстраиваются их отношения с окружающими. Свою потребность в положительных эмоциях подростки удовлетворяют за счет психоактивных веществ, которые «заслоняют» все остальные интересы, расстраивая прежние взаимоотношения и препятствуя созданию новых. Потеряв эмоциональные связи с близкими людьми, они переживают полное душевное благополучие, так как оказываются неспособными критически осмыслить сложившуюся ситуацию.

Группа поддерживает и даже культивирует отклоняющееся (девиантное) поведение.

Девиантное поведение — поведение психически здорового человека, отклоняющееся от принятых в обществе норм межличностных отношений, действий, поступков и высказываний. Оно проявляется в правонарушениях, бродяжничестве, сексуальных девиациях, суицидальных намерениях, демонстрациях и покушениях. Фактически все виды такого поведения сочетаются с аддиктивным. Более того, злоупотребляющие психоактивными веществами подростки подвержены влиянию членов своей группы, под ее воздействием выбирают тот или иной вид асоциального поведения. Эти подростки плохо учатся, не участвуют в семейных делах. Такое поведение сначала связано с ухудшением прилежания, нарушением чувства долга и ответственности. Однако к этому вскоре могут присоединиться выраженные явления психической слабости (астении) с характерными для нее расстройством внимания, снижением памяти, трудоспособности. Не посещая учебных занятий, не помогая по дому, эти подростки должны организовать свое время, но именно этого они и не умеют. У них нет увлечений, они не посещают кружки или спортивные секции. Они теряют друзей, прекращают отношения с соучениками, вступают в конфликт с педагогами школы.

ПЕРЕХОД АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ (БОЛЕЗНЬ)

Вероятность того, что злоупотребляющий каким-нибудь психоактивным веществом подросток заболеет синдромом зависимости (алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией), различна. Если подросток злоупотребляет одним из опиатов (морфин), то риск развития наркомании составит от 19 до 42 %. Намного выше риск при внутривенном употреблении наркотиков. Среди обследованных подростков, склонных к выпивкам, через 10 лет лишь у 12 % был диагностирован алкоголизм.

Риск перехода аддиктивного поведения в синдром зависимости (болезнь) определяется рядом факторов. Из *социальных* факторов наиболее известные — доступность психоактивного вещества, «мода» на него, степень грозящей ответственности за злоупотребление, влияние группы, к которой принадлежит подросток.

Из *психологических* факторов следует упомянуть тип акцентуации характера (о чем сказано выше), привлекательность возникающих ощущений и переживаний, выработку гедонистической установки, постоянное стремление к получению удовольствий, страх причинить вред самому себе, отсутствие социальных интересов, стремление к самоутверждению.

А., 16 лет, из обеспеченной семьи. Слабовольный, легко подпадающий под чужое влияние, с неустойчивыми интересами, добрый. Учащийся 1-го курса училища при консерватории. Попав в группу подростков, употреблявших наркотики, решил не отставать от них и стал вдыхать пятновыводитель, испытывая при этом галлюцинации. В дальнейшем вместе с другими вводил себе адафен, пенталгин, курил план, принимал кодеин, ноксирон, барбамил, омнопон, промедол. Развилась зависимость, при прекращении приема появились синдромы отмены («ломало» суставы, возникала депрессия). Только под сильным давлением родителей согласился лечь в больницу для лечения.

К *биологическим* факторам можно отнести в первую очередь природу самого вещества, которым злоупотребляют, врожденную непереносимость или высокую устойчивость к тому или иному психоактивному веществу, наследственную отягощенность алкоголизмом (наркоманией), органическое повреждение головного мозга в предшествующих возрастах, хронические болезни печени.

Ранняя алкоголизация — злоупотребление алкоголем подростками, знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и более или менее регулярное употребление спиртных напитков без признаков зависимости. Степень злоупотребления оценивается по частоте выпивок и количеству выпитого, а также по возникающим в связи с этим социально-психологическим трудностям. Ранняя алкоголизация — это одна из форм подросткового девиантного (отклоняющегося) поведения. Она практически всегда сочетается с пренебрежением учебой и работой, с делинквентностью (мелкими правонарушениями, не достигающими степени преступления), уходами из дома, а иногда и со злоупотреблением другими психоактивными веществами (парами бензина, пятновыводителей и др.).

Ранний (подростковый) алкоголизм — формирование синдрома зависимости (болезни) в возрасте до 18 лет.

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ (АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИЯ, ТОКСИКОМАНИЯ)

Формирование синдрома зависимости (болезни): алкоголизма, наркомании, токсикомании продолжается значительное время, при этом его развитие проходит *3 стадии*, границы между которыми очень условны. Первые две будут описаны ниже, а 3-я стадия, проявляющаяся выраженными соматоневрологическими и психическими нарушениями, а также психозами, практически не наблюдается в подростковом возрасте и обсуждаться не будет. В то же время следует отметить, что, например, начало алкоголизации в пубертатном возрасте — фактор, способствующий злокачественному течению алкоголизма, т. е. более быстрому наступлению серьезных изменений в соматическом и психическом состоянии.

Вначале, как отмечалось выше, подростки экспериментируют с психоактивными веществами в компании и в значительной степени под давлением окружающих. В этот период их поведение мало изменяется. Подросток получает удовольствие, отодвигая от себя постылую или пугающую реальность. Все же в это время он чувствует вину за происходящее.

Затем психоактивные вещества используются для уменьшения эмоционального напряжения в связи с житейскими или другими трудностями, т. е. для снятия стресса. На почве совместного употребления образуется группа подростков. Под влиянием злоупотребления появляются довольно резкие колебания настроения, падает интерес к учебе и снижается успеваемость.

Употребление психоактивных веществ становится *регулярным*. Подросток приобщается к группе, где большинство сверстников занимается тем же. Нарушения поведения (бродяжничество, правонарушения и т. д.) становятся постоянными. В связи с уже впервые появляющимися явлениями абстиненции (депрессия, душевный дискомфорт и др.) подросток вынужден искать деньги для приобретения того, что облегчит его страдания.

Первая стадия синдрома психической зависимости

«*Синдром психической зависимости* — сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество, алкоголь или табак» (МКБ-10).

Наличие синдрома зависимости определяется минимум по трем из шести признакам:

а) сильная потребность (влечение) принять психоактивное вещество;

б) нарушение способности управлять приемом психоактивных веществ, т. е. началом употребления, его окончанием и дозировкой;

в) физическое состояние абстиненции, при котором после прекращения приема психоактивного вещества возникают проявления отмены, облегчаемые приемом того же самого психоактивного вещества;

г) признаки толерантности — увеличение дозы психоактивного вещества, необходимой для достижения прежнего эффекта, ранее производимого более низкими дозами.

д) прогрессирующее забвение каких бы то ни было интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для употребления, приема вещества или восстановления после его действия;

е) продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные (для больного) вредные последствия (поражение печени, депрессия, снижение когнитивных функций).

Основной признак первой стадии болезни — *индивидуальная психическая зависимость,* отличающаяся от групповой зависимости, которая присуща аддиктивному поведению. Для психической зависимости характерно, что прекращение потребления психоактивного вещества приводит к появлению тревоги. О наличии психической зависимости можно также судить по кругу общения больного, например с друзьями-собутыльниками или с употребляющими наркотики, по приемам токсического вещества в одиночку и по интенсивному поиску заменителей при его отсутствии. Характерно также постоянное стремление к повторному употреблению психоактивного вещества.

Стертая картина абстиненции также появляется в этой стадии. Перерыв в употреблении вызывает лишь обострившееся влечение к тому веществу, которым злоупотребляют, а также сниженное и раздраженное настроение. Менее значительные признаки болезни в этой стадии: угасание защитных рефлексов на передозировку и повышение толерантности.

Угасание защитных рефлексов на передозировку обнаруживается, например, в исчезновении рвотного рефлекса даже на очень большую дозу алкоголя или не появление икоты при передозировке гашиша.

Повышение толерантности, т. е. переносимости используемого токсического вещества, проявляется в необходимости увеличивать дозу в связи с тем, что прежние дозы не вызывают желаемого эффекта.

Вторая стадия синдрома психической зависимости

Главный признак — физическая зависимость и связанная с ней явная абстиненция, возникающая при прекращении регулярного употребления психоактивных веществ. Однако не при всех видах пристрастия возникает физическая зависимость. Этого не происходит, в частности, при гашишизме и кокаинизме. В этих случаях основное проявление — хроническая интоксикация, приводящая к тяжелым физическим и психическим расстройствам.

Физическая зависимость — состояние, при котором без постоянного приема психоактивного вещества нормальное функционирование организма становится невозможным. Прекращение употребления приводит к выраженной абстиненции.

Абстиненция — синдром отмены. Часто проявляется симптомами, противоположными тем, которые наблюдаются при токсическом опьянении. Так, возникают тревога, депрессия, апатия, бездеятельность, беспокойство и бессонница. У подростков абстиненция отличается психопатоподобным поведением, стремлением ее скрывать, выдавая, например, возникающие вегетативные расстройства за соматические заболевания. У них особенно выраженнными могут быть постабстинент-

ные состояния в виде астении со слабодушием (легко возникающими и быстро истощающимися аффектами), со склонностью к раскаянию и иногда с нестойкими идеями обвинения.

Компульсивное влечение — неодолимое, неподдающееся подавлению. В этой стадии подросток не способен скрыть свое влечение.

Анозогнозия — неспособность признать наличие болезни (наркомании или алкоголизма). Только иногда сразу после абстиненции некоторые подростки не отрицают факта наличия тяжелой зависимости.

Почти всегда обнаруживаются изменения картины опьянения, усиление толерантности и нарастающая социальная дезадаптация.

Изменение картины опьянения. При опийных наркоманиях вместо бездеятельности в момент переживания блаженного состояния (кайфа) при опьянении появляется стремление к деятельности. При алкоголизме опьянение может вместо подъема настроения или благодушия проявиться мрачностью (дисфорией), раздражительностью или провалами в памяти (амнезией).

Продолжающийся рост толерантности (переносимости). Как правило, продолжается нарастание толерантности к психоактивным веществам, исключение составляют лишь немногие из них (кокаин). У подростков следует опасаться исчезновения повышенной переносимости, так как в этих случаях (например, при опийной наркомании) может развиться очень тягостное состояние с рвотой, ознобом, помрачением сознания.

Нарастающая социальная дезадаптация, имевшая место уже при аддиктивном поведении, наличествует и в этой стадии болезни. Подростки не учатся и не работают, не общаются ни с кем, кроме сомнительных «друзей». Как правило, они ведут паразитический образ жизни, обирая родителей, а иногда и попросту вымогая у них деньги на необходимый наркотик. Ради последнего они не гнушаются совершать преступления: воровать, грабить и даже убивать.

Проявления хронической интоксикации выражены различно при болезнях, вызванных разными психоактивными веществами.

Группирование подростков, их конформность и стремление испытать неизведанное оказываются сильнее осторожности и имеющихся знаний. Только насыщенная интересными занятиями и эмоционально богатая жизнь подростков могут рассматриваться в качестве альтернативы их увлечению психоактивными веществами и отклоняющемуся поведению.

В случаях *хронической интоксикации ингалянтами* возникают нарушения памяти, концентрации внимания, сообразительности, замедляется ориентирование в окружающей обстановке и скорость реакций. Ухудшается способность усваивать учебный материал, из-за чего нередко подростки прекращают посещать школу, убегают из дома или интерната. Одни становятся вялыми, пассивными, медлительными, другие — злобными, агрессивными, аффективно взрывчатыми. Появляются мышечное дрожание, повышение рефлексов, головные боли, плохой сон, головокружения, чрезмерная потливость. Возможно возникновение галлюцинаторно-бредовых расстройств (психоза) продолжительностью от нескольких недель до многих месяцев.

Специалистам, работающим с молодежью, при отклоняющемся поведении подростка придется решать вопрос о возможном употреблении им наркотиков, в особенности в тех случаях, когда он общается с наркоманами. Здесь приводятся **признаки интоксикации, возникающие при приеме психоактивного вещества**, и соматоневрологические проявления последствий многократного его употребления (табл. 6).

Таблица 6

Признаки интоксикации при приеме психоактивных веществ

Психоактивное в-во	Психические и другие нарушения при интоксикации	Признаки многократного применения наркотиков
Опиаты: опий, морфин, героин, кодеин, метадон и др.	Эйфория, экстаз, сонливость, нарушение сознания, тревожность, смазанная речь, заторможенность, утрата аппетита, снижение полового влечения и общей активности	Изменение личности. Суженные зрачки, замедленная и невнятная речь, следы от инъекций на верхних и нижних конечностях, в паховой области
Препараты конопли: гашиш, марихуана, анаша и др.	Эйфория, тревога, подозрительность, смех, расслабление, ощущение пустоты в голове, речевое возбуждение, жестикуляция, легкость тела, искажение восприятия пространства	Словоохотливость, колебания настроения, налитые кровью глаза, повышенный аппетит. Тревога, депрессия, безразличие, бездеятельность
Психостимуляторы: фенамин, метилфенидат, эфедрон и другие сходные	Возбуждение, болтливость, эйфория, подозрительность, раздражительность, агрессивность, депрессия, бессонница, головокружение, учащенное сердцебиение	Гиперактивность, расширенные зрачки, выпуклость глаз, плохой запах изо рта, язвы в полости рта, покраснение кожи
Растворители: пары клея, осветляющих или очищающих жидкостей, бензин, аэрозоли	Эйфория, ощущение пустоты в голове, спутанность сознания, галлюцинации, потеря аппетита, вспыльчивость, смазанная речь, легко происходит передозировка, приводящая к повреждению внутренних органов, мозга и смерти от асфиксии	Изменение поведения и личности. Расширенные или суженные зрачки, налитые кровью глаза, отек вокруг глаз, «шмыгание» носом. Запах растворителей изо рта
Успокаивающие, снотворные (транквилизаторы): диазепам, нитразепам и др.	Расслабление, снижение тревоги, замедление психической и физической активности, сонливость, депрессия, спутанность. Притупление восприятия удовольствия и боли. Обильный пот, падение кровяного давления, судороги	Сонливость, рассеянность, повышенная агрессивность. Влияние обычных социальных ограничений ослабевает или исчезает
Галлюциногены (вещества, изменяющие восприятие): ЛСД, галлюциногенные грибы, кактусы	Галлюцинации, иллюзии, деперсонализация, бред, паника, депрессия, суицидальные намерения, провалы в прошлое, ступор, расширение зрачков, учащенное сердцебиение, потливость, дрожание	Непредсказуемое или буйное поведение, расширенные зрачки
Алкогольсодержащие напитки	Искажение оценки происходящего, говорливость, изменение настроения, агрессивность, нарушение внимания, амнезия. Покраснение лица, нарушение координации, смазанная речь	Изменение личности, пренебрежение нравственными нормами в поведении, снижение интеллекта, эмоциональная неустойчивость, раздраженность

Тест

1. Психоактивное вещество — это:

а) вещество, употребление которого вызывает привлекательное психическое состояние, а при систематическом употреблении психическую или физическую зависимость;

б) вещество со значительной общественной опасностью и вредом, причиняемым здоровью индивида, включенное в список Минздрава;
в) любое лекарственное вещество.

2. Наркотик — это:
а) психоактивное вещество со значительной общественной опасностью и вредом, причиняемым здоровью индивида, включенное в список Минздрава;
б) любое психоактивное вещество;
в) любое лекарственное вещество.

3. Наркомания — это:
а) болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической;
б) повторное употребление наркотика;
в) болезнь, проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от любого психоактивного вещества.

4. Токсикомания — это:
а) болезнь, проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков;
б) болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, проявляющаяся зависимостью от этих веществ — психической, а иногда и физической;
в) регулярное употребление психоактивного вещества.

5. Аддиктивное поведение — это:
а) злоупотребление различными психоактивными веществами до того, как от них сформировалась физическая зависимость;
б) групповая психическая зависимость;
в) употребление наркотиков в компании.

6. Абстинентный синдром (синдром отмены) — это:
а) синдром физических и (или) психологических нарушений, который развивается после резкого прекращения употребления наркотика (психоактивного вещества);
б) потребность увеличения доз наркотика для достижения прежнего эффекта;
в) выпадение из памяти отдельных периодов опьянения.

7. Толерантность — это:
а) сниженная биологическая или поведенческая реакция организма на повторное введение одного и того же наркотика (психоактивного вещества), выражающаяся в потребности увеличения его доз для достижения опрежнего эффекта;
б) повышенная чувствительность к психоактивному веществу;
в) извращенная реакция на психоактивное вещество.

8. Развитие модели аддиктивного поведения зависит от:
а) общих механизмов, которые могут быть разделены по ведущим мотивам и личностным особенностям;
б) мотивов, приведших к знакомству с психоактивным веществом;
в) способов принуждения к употреблению.

9. Факторы риска развития наркомании (зависимости от психоактивного вещества) — это:
а) наследственная предрасположенность, стрессы, боль и самолечение, особенности личности, социальные и культурные факторы;

б) исключительно генетическая запрограммированность;
в) только социальные и культурные факторы.

10. Наиболее опасный возраст для начала экспериментирования с любыми психоактивными веществами — это:
а) 12—13 лет;
б) 14—15 лет;
в) 16—17 лет.

11. Компульсивное влечение — это:
а) Неодолимое, неподдающееся подавлению влечение с невозможностью его скрыть;
б) неустойчивое влечение;
в) несозревшее влечение.

12. Стадии развития алкоголизма, успевающие проявиться в подростковом возрасте, — это:
а) первая — индивидуальная психическая зависимость, вторая — развитие физической зависимости и отсутствие третьей — развития стойких психических нарушений и психозов;
б) первая — индивидуальная психическая зависимость;
в) все три стадии.

13. Признаки первой стадии алкоголизма у подростков — это:
а) индивидуальная психическая зависимость, постоянное влечение к алкоголю, стертая абстиненция, повышение толерантности;
б) развитие физической зависимости, выраженная абстиненция, неодолимое влечение, психопатизация;
в) злоупотребление различными психоактивными веществами до того, как от них сформировалась физическая зависимость.

14. Признаки второй стадии алкоголизма у подростков — это:
а) развитие физической зависимости, выраженная абстиненция, неодолимое влечение, психопатизация;
б) индивидуальная психическая зависимость, постоянное влечение к алкоголю, стертая абстиненция, повышение толерантности;
в) развитие стойких психических нарушений и психозов.

Литература

Буторина Н. Е. Возрастные особенности алкоголизма. — Л. : ГИДУВ, 1986.
Егоров А. Ю. Основы наркологии. — СПб. : ИСПиП, 2000.
Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. — Новосибирск : Наука, 1987.
Ларионов А. В. Наркомания. — Екатеринбург, 1997.
Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. — Л. : Медицина, 1991.
Немчин Т. А., Цыцарев С. В. Личность и алкоголизм. — Л. : ЛГУ, 1989.
Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / под ред. С. В. Березина [и др.]. — Самара: СГУ, 1999.
Тихомиров С. М. Внешние признаки потребления наркотиков и токсикантов. — СПб., 1998.
Школа без наркотиков / под ред. Л. М. Шипицыной, Е. И. Казаковой. — СПб. : ИСПиП, 1999.

Глава 27. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИИ)

В пубертатном возрасте формируются личности, называемые психопатическими, отличающиеся от нормальных по ряду особенностей, которые мешают им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде. Эти постоянные свойства хотя и могут в течение жизни усиливаться или развиваться, однако резко не меняются. Они определяют весь психический облик индивида (Ганнушкин П. Б., 1933).

ОБЩИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Расстройства личности — длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности. Дезадаптивные особенности могут касаться поведенческих, эмоциональных, интеллектуальных, перцептивных или психодинамических проявлений. Диагноз психопатии ставится на основании признаков, разработанных О. В. Кербиковым (1971):

1) тотальность патологических черт характера, проявляющихся в трудовых и семейных условиях, в обычных и стрессовых ситуациях;

2) стабильность патологических черт характера, сохраняющихся на протяжении всей жизни;

3) социальная дезадаптация, являющаяся следствием именно патологических черт характера.

Диагноз и симптомы

Диагноз расстройства личности может быть поставлен, если состояние удовлетворяет следующим критериям (МКБ-10):

1. Заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования (аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям).
2. Хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни.
3. Аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций.
4. Вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости.
5. Расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени.
6. Обычно, но не всегда расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Распространенность

Заболеваемость в Российской Федерации в 1992 г. составила 10,3 случая на 100 тыс., а распространенность — 79,2 на 100 тыс. населения (Чуркин А. А., Творогова Н. А., 1994). У мужчин расстройства личности наблюдаются чаще, чем у женщин. У людей с расстройствами личности имеется неспецифическая предрасположенность к психическим расстройствам.

Этиология

В формировании расстройств личности принимают участие генетические факторы. Высокий показатель конкордантности у монозиготных близнецов. Наряду с конституциональными (наследственными по своему происхождению) психопатиями в подростковом возрасте могут под влиянием неправильного воспитания, продолжительного плохого влияния, физического насилия или инцеста завершить свое формирование патохарактерологические развития (приобретенные психопатии) личности. В этом же периоде жизни наиболее яркое выражение приобретают органические психопатии, являющиеся следствием пренатальных, натальных и ранних постнатальных поражений мозга. Психопатоподобные расстройства органического происхождения (энцефалит, травма головного мозга), возникшие в раннем возрасте, в пубертатном периоде достигают наибольшей выраженности.

Г. Е. Сухарева высказывала мысль о том, что микросоциальные факторы играют роль дополнительных формирующих причин, действующих на фоне патологизированной биологическими факторами почвы. Выявленная высокая конкордантность личностных свойств у монозиготных близнецов еще не означает, что генетические задатки в своем проявлении не зависят от условий воспитания (Cohen D. I. [и др.], 1977).

Этапы формирования расстройств личности

Ни одна из указанных форм психопатий не выявляется в «готовом» виде в раннем детстве, хотя именно с этого времени начинается их формирование. Процесс становления психопатий происходит в детском, подростковом возрасте, а иногда продолжается и в юношеском. До окончания пубертатного криза необходима большая осторожность в постановке диагноза психопатии.

Начальные проявления разновидностей расстройств личности (*первый этап)* в детстве исчерпываются отдельными элементарными проявлениями по возбудимому, истерическому, астеническому или неустойчивому типу в виде форм реагирования. Клиническая картина в это время недифференцированна, фрагментарна и подвижна.

На следующем этапе развертывания личностной аномалии происходит формирование психопатии; если же отдельные характерологические особенности остаются на одном и том же уровне, не обнаруживая тенденции к поступательной динамике, их следует расценивать не как психопатии, а как «акцентуации характера». Отдельные аномальные черты не патологизируют личность в целом и не нарушают способности к адаптации и коррекции своего поведения.

На *втором этапе* формирования расстройств личности проявляется мозаичность клинической картины (за счет преобладания симптоматики пубертатного криза). В это время отмечается не только лабильная взаимозаменяемость психопатических синдромов, но и многообразие утрированных возрастных особенностей психики (стремление к самоутверждению, эгоцентризм, инфантилизм, реакции оппозиции, имитации, отказа и т. д.), психоэндокринные проявления и нередко признаки педагогической запущенности.

Постепенно один из психопатических синдромов начинает занимать доминирующее положение в клинической картине. Для установления типа формирующегося расстройства личности следует учитывать такие признаки, как особенности моторики, психическую активность, экстра- или интравертированность, подвижность или ригидность психики, неорганизованность, склонность к тем или иным невротическим реакциям.

Третий этап — это по-существу завершение формирования расстройства личности и появление всех его клинических характеристик. Знание этапности форми-

рования психопатии необходимо для правильного сбора анамнеза и установления точного диагноза.

Второй и третий этапы становления психопатий, на которых возможность депсихопатизации прогрессивно уменьшается, более целесообразно расценивать как «препсихопатические состояния» (Гиндикин В. Я., Гурьева В. А., 1999)

Психогенные патологические формирования личности (ППФЛ)

Они представляют собой становление незрелой личности детей и подростков в аномальном направлении под влиянием хронических патогенных воздействий, отрицательных социально-психологических факторов (неправильного воспитания, длительных психотравмирующих ситуаций).

ППФЛ выделяются В. В. Ковалевым для того, чтобы объяснить механизм возникновения психопатий, этиологически не связанных с генетическими факторами. На основе психогенеза и клинической картины им выделены 4 варианта патологических формирований личности:

1) патохарактерологический — формируется под влиянием уродливого воспитания и хронических психотравмирующих ситуаций;

2) постреактивный — возникает после тяжелых и затяжных реактивных состояний;

3) невротический — отмечается в ходе затяжных неврозов;

4) дефицитарный — наблюдается у детей и подростков, имеющих различные физические дефекты (слепота, глухота, ДЦП, аномалии развития) или хронические инвалидизирующие заболевания (пороки сердца, костный туберкулез и др.), которые сопровождаются дефицитом сенсорной информации и социальной депривацией.

В происхождении последнего играют роль реакция личности на отклонение в развитии, неправильное воспитание в семье, а также нарушение развития различных психических функций.

Существует несколько клинико-психопатологических вариантов ППФЛ: аффективно-возбудимый, тормозимый, астенический, истероидный, неустойчивый и псевдошизофренический. Этапы становления ППФЛ:

1) формирование совпадает с ситуативными реакциями;

2) оформление ведущего патохарактерологического синдрома;

3) пубертатный полиморфизм — сочетание основной симптоматики с личностными реакциями, обусловленными пубертатными изменениями личности (демонстративность, ипохондрия, эмоциональная неустойчивость и т. д.);

4) заключительный — протекает либо в форме краевой психопатии (расстройства личности), либо в форме сглаживания ведущих патологических черт личности до частичной или полной гармонизации (депсихопатизация).

ФОРМЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Клиническое разнообразие личностных нарушений можно уложить в соответствии с разнообразием симптомов в определенные формы:

Параноидное (паранойяльное) расстройство личности (F60.0)

Параноидное расстройство личности, возникающее главным образом у взрослых, характеризуется:

а) чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам;

б) тенденцией быть недовольным кем-то, т. е. отказом прощать оскорбления, причиненный ущерб и отношение свысока;

в) подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или подозрительных;

г) воинственным отношением к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

д) возобновляющимися неоправданными подозрениями относительно сексуальной верности полового партнера;

е) тенденцией к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;

ж) охваченностью несущественными «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или в мире.

Самое характерное свойство этих больных — склонность к образованию сверхценных (сильно эмоционально заряженных) идей, которые определяют все их поведение. Это становится возможным из-за уверенности в собственной значимости, односторонности восприятия окружающей действительности, т. е. только того, что касается личности, недостатка критики, субъективности и сильной аффективной окрашенности мышления. В связи с этим такими личностями правильным считается лишь только то, что хочется или нравится. К их числу относятся идеи о наличии несуществующего заболевания, о необычном изобретении, идеи ревности, воздействия, реформаторства и т. д. Примерами людей с различными вариантами параноидных расстройств личности могут быть следующие.

Кверулянт — человек, который без смущения упорно ведет борьбу за свои права. При этом поведение становится фанатичным, спорщицким и бескомпромиссным или даже бесцеремонным. Он озлобленно борется против неправоты, и чаще речь идет не о возмещении материального ущерба, а о соблюдении прав, справедливости.

Рентный кверулянт — больной человек, который из-за обиды, недостаточно оцененной тяжести состояния или непонятного заключения настойчиво и агрессивно ведет борьбу за материальную компенсацию, корректировку заключения, диагноза, восстановление прав (инвалида).

Фанатик — проповедует идеи (политические, религиозные, приверженность к той или иной диете), в которых убежден, безоглядно, бескомпромиссно пренебрегая правовыми и моральными аспектами, борется за их реализацию, продвижение в «массы».

Шизоидное (аутистическое) расстройство личности (F60.1)

Эта личность отличается болезненной замкнутостью, дисгармонией развития, отсутствием единства, противоречивостью эмоций, стремлений и поступков. Для этого расстройства характерны:

1) неспособность испытывать удовольствия;
2) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
3) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
4) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом;
6) склонность к фантазиям и интроспекции;
7) неизменное предпочтение уединенной деятельности;
8) заметная нечуткость к преобладающим социальным нормам и традициям;
9) отсутствие близких друзей или доверительных отношений (или существование лишь одной связи) и отсутствие желания иметь такие отношения.

Шизоид — амбивалентная конфликтная личность, которая определяется «психастеническими пропорциями» между холодностью и грубостью, с одной стороны, и сверхчувствительностью — с другой. «Гиперэстетические чувства показывают ...как сверхчувствительность и ранимость приводят через повседневные трения жизни к нервозности, наконец, к огрубению ...к сложным вспышкам ярости. Астенические качества ...проявляются как острая, активная холодность или пассивная тупость, сужение интересов на ограниченных аутистических зонах, как «толстокожесть» или непроницаемая бесстрастность. Их непоследовательность — это то нетерпимая безудержность, то более активное расположение духа. Некоторые шизоиды характеризуются стальной энергией, строптивым упрямством, педантичностью, фанатизмом, систематической последовательностью в мышлении и действиях» (Кречмер Э., 1923).

Шизоидная личность трудно находит естественный контакт с окружающими. Они остаются на расстоянии и иногда страдают от своей изолированности; робки и склонны больше других людей скрывать свое сокровенное «Я». В межчеловеческих отношениях они двойственны и недоверчивы, склонны к внезапным разрывам контактов. Недостаток эмпатии (умения сопереживать другим) усугубляет имеющиеся трудности общения. В сексуальной жизни у них много конфликтов. Недоучет неписаных и узаконенных правил отношений между людьми нередко приводит к возникновению эксцентричных поступков (чудачествам). При такой замкнутости удовлетворение может прийти лишь от излюбленного дела. Декомпенсации шизоидной психопатии чаще всего связаны с необходимостью устанавливать неформальные контакты.

Диссоциальное (безвольное) расстройство личности (F60.2)

Ранее это расстройство относили к социопатиям, анэтическим или гебоидным психопатиям. Эти личности обращают на себя внимание несоответствием поведения социальным нормам:

а) бессердечное, равнодушное отношение к чувствам других;

б) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;

в) неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;

г) крайне низкая толерантность к фрустрациям (неудачам), а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;

д) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;

е) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Такие личности пренебрегают существующей моралью, не способны поддерживать прочные деловые, дружеские, семейные и сексуальные взаимоотношения, не способны извлекать уроки из ошибок и ситуаций, приводивших к наказаниям или за которые грозит осуждение или наказание. Часть лиц, имеющих расстройство поведения, отличаются постоянной раздражительностью.

Уже в детстве отмечается уклонение от учебы, от всякого труда, стремление к развлечениям и удовольствиям, побеги из дома, участие в асоциальных компаниях и групповых правонарушениях (кражи), где такие подростки оказываются на подчиненных ролях.

Эмоционально неустойчивое (возбудимое) расстройство личности (F60.3)

Это расстройство характеризуется тенденцией действовать неожиданно и без учета возможных последствий, конфликтностью, нередко сопровождаемой драка-

ми, в особенности при подавлении или осуждении другими людьми их импульсивных поступков, вспышками неконтролируемой ярости и жестокости, неумением планировать что-либо заранее и предвидеть будущие события, неспособностью устойчиво работать, если за это не последует вознаграждение, неустойчивым и капризным настроением. Имеющаяся склонность к созданию напряженных (неустойчивых) отношений с другими может приводить к повторяющимся эмоциональным кризисам и осложняться угрозами самоубийства или самоповреждениями. Выделяют два варианта этого расстройства личности:

1. *Импульсивный тип* (F60.30). Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие способности управлять своим импульсивным поведением. Обычны вспышки жестокости и угрожающего поведения, особенно в ответ на осуждение окружающих.

2. *Пограничный тип* (F60.31) характеризуется помимо проявлений эмоциональной неустойчивости еще и рядом других обязательных качеств:

а) образ «Я» расстроен и неопределенен, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены;

б) склонность вовлекаться в напряженные (неустойчивые) отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам;

в) периодические угрозы суицидального поведения и актов аутоагрессии (без видимых к тому поводов);

г) чрезмерные усилия избегать уединения;

д) хроническое чувство пустоты.

Истерическое (демонстративное) расстройство личности (F60.4)

Для этого расстройства характерны позерство, театральность, жеманство, стремление обратить на себя внимание, поиск признания, крайний эгоцентризм, эксцентричность, повышенная, но поверхностная эмотивность. Для диагностики этой аномалии личности необходимы любые из перечисленных ниже критериев:

а) самодраматизация, театральность, преувеличенное выражение эмоций;

б) внушаемость, подверженность влиянию окружающих или обстоятельств;

в) поверхностность и лабильность эмоциональности;

г) постоянное стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;

д) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;

е) чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.

Лицам с этим расстройством свойственна дисгармоничность развития отдельных сторон личности при наличии выраженных признаков не соответствующей возрасту детскости. Они отличаются легковесными, неестественными и бурными эмоциональными проявлениями, создающими впечатление глубины переживаний, неослабевающей жаждой признания. Мысли и восприятия имеют импрессионистский стиль, т. е. находятся во власти впечатлений и искажаются ими. В связи с этим поведение одновременно и зависимо-беспомощное, и требовательное. Часты повторные манипулятивные суицидальные высказывания, намерения и действия. За истерическим фасадом скрывается низкая самооценка, пустота чувств, прячущаяся за активностью, и глубокая неуверенность в своей половой идентичности. Стремление к самоутверждению или манипуляция другими в действительности являются выражением сексуального желания, потребности в удовлетворении инстинктивных желаний или компенсации неосознанной неполноценности. В своем стремлении перед собой и перед другими казаться больше, чем они есть на самом деле, истерические личности переживают больше, чем

способны пережить. Одни истерические личности (*псевдологи*) своими невероятными рассказами о грандиозных событиях или трагических несчастьях, неразделенной любви, жестоком насилии и коварном обольщении пытаются обманным путем привлечь к себе сочувствие, помощь и поддержку окружающих. Другие (*псевдофантасты*) своими грезоподобными фантазиями обманывают себя и прячутся за этими вымыслами от будничной, трудовой и полной ответственности реальности.

Ананкастное (психастеническое) расстройство личности (F60.5)

Это нерешительные, неуверенные в себе, недоверчивые, тревожные, утрированно деликатные, с недоверием относящиеся ко всему новому, охваченные постоянными сомнениями личности. Они самолюбивы, обидчивы, нетерпеливы, склонны к навязыванию своего мнения зависимым от них людям. Они также склонны к постоянному самоконтролю, интроспекции, бесплодному мудрствованию, депрессиям, появлению обсессивно-компульсивных расстройств.

Характеризуются эти расстройства:

а) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности;

б) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, оганизацией или графиками;

в) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующему решению задач;

г) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;

д) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям;

е) ригидностью и упрямством;

ж) необоснованными настойчивыми требованиями больного, чтобы другие делали в точности, как и он сам, или неблагоразумным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям;

з) появлением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Этими людьми переживается постоянное беспокойство, тревога за свое будущее и будущее близких и родных людей. Из-за нетерпеливости после принятия решения совершаются скоропалительные действия именно тогда, когда требуется осмотрительность. Застенчивость может смениться неожиданной и ненужной безапелляционностью. Навязчивые мысли, движения, ритуалы, опасения, придуманные приметы наблюдаются почти постоянно. Декомпенсация, т. е. утяжеление личностного расстройства под влиянием неблагоприятных обстоятельств, чаще происходит в ситуациях, требующих особой ответственности. При этом декомпенсация, как правило, приводит к появлению или ухудшению навязчивых состояний. Эта психопатия обычно начинает формироваться уже в школьном возрасте. С возрастом при увеличении ответственности, которую берет на себя индивид, выраженность расстройств личности усиливается.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6)

Это расстройство личности имеет следующие отличительные черты:

а) постоянное общее чувство напряженности и наличие мрачных предчувствий;

б) представление о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятие в социальных ситуациях;

г) нежелание вступать во взаимоотношения без уверенности не быть отвергнутым или поднятым на смех;

д) самоограничениея в стиле жизни для создания и поддержания чувства безопасности;

е) уклонение от активной общественной или профессиональной деятельности, связанной с множественными межличностными контактами из-за опасения неодобрительного отношения или даже отвержения.

Такие люди постоянно пребывают в чрезмерных опасениях подвергнуться критике, пересудам насмешкам или осуждению в тех или иных ситуациях. Их основные особенности — большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Они у себя находят так много недостатков, производят впечатление замкнутых людей, однако их отгороженность — следствие опасения чужих людей и незнакомых ситуаций. В привычном для них обществе они достаточно общительны. Декомпенсация у тревожных личностей может наступить в случаях, когда они становятся объектом недоброжелательности, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям. В этих ситуациях они способны тайно готовиться к самоубийству или неожиданно проявить отчаянное поведение, вплоть до нанесения тяжких увечий или попытки убить обидчиков.

Зависимое (конформное) расстройство личности (F60.7)

Эту патологическую личность характеризуют следующие признаки:

а) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни;

б) подчинение своих собственных нужд потребностям других людей, от которых он зависит, и неадекватная податливость их желаниям;

в) неспособность предъявлять даже разумные требования лицам, от которых индивид находится в зависимости;

г) переживание чувства неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная эмоциональная связь, и остаться предоставленным самому себе;

е) ограниченная способность принимать повседневные решения без настойчивых советов и подбадривания со стороны других лиц.

Это беспомощные некомпетентные люди, не обладающие никакой жизнестойкостью, не способные нести ответственность за те или иные изменения в жизни и потому стремящиеся удовлетворить свою потребность иметь опекуна. За все перенесенные несчастья ответственность они возлагают на других.

Смешанные (мозаичные) расстройства личности (F61.0)

В этом случае имеются признаки нескольких расстройств личности, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы более специфическую диагностику. Это происходит в том случае, когда невозможно выделить доминирующий симптом, поскольку структура личности является сложной, как бы составленной из разнородных психопатических проявлений.

ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Описанная впервые П. Б. Ганнушкиным *динамика психопатии,* т. е. изменение в течение жизни ее симптоматики, улучшили диагностические, дифференциально-диагностические возможности, профилактику и лечение.

Невротические реакции — кратковременные эмоционально-психические нарушения, возникающие под влиянием тех или иных психических травм. Их преобладающая симптоматика — астения, истерия, ипохондрия, депрессия.

Психопатические реакции — резкое усиление привычного способа реагирования, т. е. усугубление личностных расстройств на внешние обстоятельства. Эти реакции могут быть специфическими для определенного типа личностного расстройства или протекающими по общим для всех личностных расстройств закономерностям (усиление реактивности, дезадаптации).

Фазы (эпизоды) — без видимых внешних поводов возникающие у психопатических личностей непрогредиентные психотические приступы, по окончании которых устанавливается состояние, имевшее место до начала приступа. Эти фазы могут проявляться симптоматикой, в которой преобладают аффективные, астенические, бредовые расстройства, бродяжничество и т. п.

Декомпенсации — заострение имеющихся психопатических черт характера, временное ослабление компенсаторных возможностей личности. Возникают они чаще всего постепенно под влиянием психогенных или соматогенных факторов и также постепенно завершаются.

ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Целью коррекции индивидов с расстройствами личности является вывод их из состояния социальной изоляции и включение в сферу обоюдных отношений. При этом медико-педагогические меры должны сочетаться с психотерапией. В настоящее время проводится диалектическая поведенческая терапия (Лайнехен М., 1993), когнитивная терапия (Вуди Г. [и др.], 1985), психодинамическая терапия, психодрама и др. Она может быть индивидуальной и групповой. Выбор лечения определяется типом личностного расстройства, его динамическими изменениями и сочетанием с другими психическими нарушениями.

Медикаменты применяются, главным образом, при декомпенсациях для купирования дисфории, тревоги, депрессии, при повышенной возбудимости или нарушенных влечениях. С этой целью назначаются аминазин, тизерцин, седуксен, неулептил, сонапакс, нозепам и др. Важно правильно сориентировать родителей на особенности личности страдающих психопатией.

Вопросы

1. Дать определение расстройства личности. 2. Перечислить признаки, по которым ставится диагноз психопатии. 3. Дать классификацию расстройств личности (психопатий). 4. Охарактеризовать параноидное расстройство личности. 5. Охарактеризовать шизоидное расстройство личности. 6. Охарактеризовать диссоциальное расстройство личности. 7. Охарактеризовать эмоционально-неустойчивое расстройство личности. 8. Дать характеристику психастеническому расстройству личности. 9. Дать характеристику тревожному расстройству личности. 10. Дать характеристику зависимому расстройству личности. 11. Каковы возможные коррекционные педагогические меры при расстройствах личности? 12. Какова распространенность расстройств личности?

Литература

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М. : Медицина, 1964.
Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М. : Триада-Х, 1999.
Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. — М. : Медицина, 2000.
Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные расстройства. — СПб. : Питер, 2010.
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. — Л. : Медицина, 1985.
Международная классификация болезней (10-й пересмотр), ВОЗ. — СПб. : Адис, 1994.

Глава 28. ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЕГО ОТКЛОНЕНИЯ

Изучение психосексуального развития и его понимание имеет большое значение и для педагогов, и для психологов, работающих с детьми и подростками без отклонений и с проблемами в развитии. Актуальность этого определяется необходимостью учета половых особенностей формирующейся личности. Имеющееся своеобразие личности мальчика и девочки, юноши и девушки требует различного подхода при анализе индивидуальных особенностей их личности, поведения, в процессе воспитания, при составлении учебных программ, при коррекции возникающих психологических трудностей. Оценивать психосексуальное развитие следует *по формированию половой идентичности, полоролевому поведению, дифференцированному развитию мужественности или женственности, информированности в вопросах пола, сексуальным проявлениям.* Однако для этого необходимо освоить соответствующую терминологию.

Термины «пол», «половое» используются для обозначения биологических, а Гендер — психологических и социальных различий представителей мужского и женского пола.

Термины «сексуальность» и «сексуальное» употребляются для описания всего того, что связано с влечением к продолжению рода (сексуальные нормы, мораль, типы и техника сексуального поведения).

«Эротика» и «эротическое» — отображение в сознании всего, касающегося сексуальных проявлений (эмоциональные реакции и установки, эротические образы, мысли, фантазии, сновидения). Неправильное употребление этих терминов может привести к смешению понятий, неправильной квалификации чувств, мыслей или поведения детей и в конечном итоге к неэффективным или неправильным коррекционно-педагогическим вмешательствам. Так, интерес детей младшего дошкольного возраста к различиям между полами, являющийся отражением естественной детской любознательности, может быть ошибочно принят за эротический. В связи с этим могут быть предприняты неадекватные воспитательные действия. Перед психологом и педагогом может встать серьезная задача — определить, насколько нормально, без отклонений протекает психосексуальное развитие того или иного ребенка или подростка. Основой для такого заключения может стать представление о факторах, участвующих в психосексуальном развитии индивида. Большим подспорьем в этом может стать *схема половой дифференции,* составленная Д. Мани (1980) и дополненная более новыми исследованиями (схема на стр. 421). В момент оплодотворения создается *хромосомный пол* женщины XX или мужчины XY. Комбинация хромосом определяет *генетическую программу* развития индивида. Мужские фетальные (зародышевые) гонады формируются из зародышевых гонад у плода с хромосомным полом XY под влиянием H-Y антигена, образуя *гонадный пол*. В последующем они превращаются в *семенники.* При отсутствии этого антигена у плодов с хромосомным полом XX развиваются женские гонады, которые в дальнейшем преобразуются в *яичники*. Эти превращения заканчиваются на 7-й неделе внутриутробного развития. Мужские гонады (*андрогены*) продуцируют зародышевые гормоны, приводящие между 4-м и 6-м месяцем к дифференциации центральной нервной системы (ЦНС) по мужскому типу. Под влиянием *эстрогенов* тогда же формируется ЦНС женского типа. В результате уже

фетальная центральная нервная система дифференцируется по половому признаку. Особенности строения *лобной доли* головного мозга у женщин позволяют им преимущественно там фокусировать свои речевые навыки, тогда как мужчины используют для этой цели теменные доли. *Мозолистое тело,* соединяющее правое и левое полушария головного мозга, у женских плодов шире, чем у мужских, что предопределяет у них равное развитие полушарий, обеспечивает лучшие связи между ними и приводит к возможности их успешного совместного функционирования, в частности проявляющегося в лучшем развитии речи. *Гипоталамус*, организующий репродуктивное поведение людей, в зависимости от пола дифференцируется различно. Лучшее развитие передней части мужского гипоталамуса (большее число нейронов) в сравнении с таковым у женщин определяет мужское гетеросексуальное поведение. Гомосексуальную же ориентацию мужчин связывают с распределением нейронов, аналогичным наблюдаемому у женщин. Гормоны плода, формируя мужские и женские репродуктивные органы (*внутренний морфологический пол*), участвуют в создании наружных половых органов (*наружного морфологического пола*), определяя тем самым генитальную внешность будущего ребенка. При рождении на основе описания этой внешности устанавливается «паспортный» пол новорожденного. К сожалению, в редких случаях при недоразвитии мужских гениталий или при чрезмерном увеличении клитора у девочек возможна ошибочная регистрация противоположного пола. Неправильное воспитание в связи с этим приведет к формированию самосознания, не соответствующего истинному (хромосомальному и внутреннему морфологическому полу). Если ошибка не будет исправлена в первые годы жизни, то спустя 4—5 лет после рождения сделать это будет очень трудно. Правильная оценка пола окружающими и соответствующее полу воспитание, а также освоение ребенком собственной схемы тела и внешности формируют его *адекватное самосознание.* В результате у него в 2—3 года происходит *первичная (детская) половая идентификация*, то есть правильное определение своей половой принадлежности. Формирование половой (гендерной) идентичности расценивают либо как идентификацию с родителем того же пола, либо как научение соответствующей половой роли, либо как поведение в соответствии с «пониманием» своего пола. Однако, скорее всего, в становлении идентичности участвуют все эти и другие менее известные механизмы. Ребенок младшего дошкольного возраста под влиянием взрослых и сверстников, как правило, выбирает игрушки, игры, друзей в соответствии со своей половой принадлежностью, т. е. осваивает *первичное (детское) полоролевое поведение.* За 2—3 года до явных проявлений полового созревания гипоталамус и гипофиз начинают стимулировать гонады к интенсивной выработке мужских (у мальчиков) и женских (у девочек) половых гормонов, формируя пубертатный гормональный пол. Под влиянием этих гормонов происходит *половой метаморфоз.* У мальчиков появляются вторичные половые признаки, которые превращают его в подростка, а затем и в юношу. Вторичные половые признаки девочки преображают ее в девушку. У подростков обоего пола наряду с появлением новой — пубертатной — морфологии возникают эротические переживания: образы, фантазии, сновидения и т. д. Гендерное самосознание, обогащенное восприятием нового телесного образа и новыми физиологическими процессами (менструациями, эйякуляциями), а также эротическими переживаниями, формирует вначале *подростковую,* а затем и окончательную *взрослую гендерную и сексуальную идентичность.* Устанавливается гетеросексуальная ориентация (стремление получить сексуальное удовлетворение от лиц противоположного пола). В соответствии с этим формируется *взрослое полоролевое и сексуальное поведение.* Подростки выбирают и находят объект своего сексуального интереса, затем ухаживают или другим образом обращают на себя внимание с тем, чтобы овладеть предметом своего увлечения.



Схема 2. Половая дифференциация

Таким образом, половая дифференциация определяется как гормонами, так и мозгом. В свою очередь продукция гормонов находится в зависимости от внешних факторов, т. е. от информации, получаемой мозгом из окружающей среды, и от обмена веществ. Так, при разрушении зрительной или обонятельной системы у животных замедляется половое созревание. В то же время присутствие половозрелого самца ускоряет половое созревание самки. Половая дифференциация, приводящая в конечном итоге к *половому диморфизму* (разнице между полами), складывается не только из генетических, гормональных, соматических, но и из поведенческих и психологических различий, а также и сексуальной ориентации. При этом последние не обязательно совпадают с соматическими особенностями. Преобладание мужской агрессивности может, например, не сочетаться с ти-

пичным строением тела, свойственным сильному полу. В отличие от животных, негормональные факторы играют большую роль в развитии всех сторон человеческого поведения. Оно формируется в связи с личным опытом и воздействием социального окружения. Иллюстрацией могут быть гермафродиты — лица, имеющие признаки мужского и женского пола, поведение которых в основном определяется воспитанием.

Для оценки психосексуального развития всем работающим с детьми необходимо также ориентироваться в половой дифференциации, происходящей в основные этапы жизни детей и подростков. Критериями решения вопроса об отсутствии или наличии отклонений в развитии могут быть осведомленность детей в вопросах пола, формирование маскулинных (у мальчиков) и фемининных (у девочек) черт, а также сексуальное поведение.

ДОШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ

Психологические особенности

Для понимания половозрастных особенностей психосексуального развития и сексуального поведения дошкольников необходимо учитывать специфику возраста. В период формирования речи и половины пути интеллектуального развития возникает способность к общению и укрепляется потребность в нем. Ребенок выделяет себя из среды, осознает свое физическое и психическое «Я». Он проходит через возрастные кризисы 3-летних и 6—7-летних. Начинает осмысливать свои переживания и ориентироваться в них. Так наступает период бурного развития, во время которого ребенок становится личностью, осознающей себя мальчиком или девочкой, т. е проходит путь от предпосылок психосексуальной дифференциации к сформированным идентичности и половым ролям.

Биологические факторы

В этом возрасте до начала препубертата продолжается морфогенетическое и функциональное развитие гонад, а также систем, регулирующих их деятельность, и появление первых еще незрелых связей между ними. Как уже говорилось, один из основных факторов, от которого зависит половая дифференциация, — гормоны. Соотношение уровней мужских и женских гормонов в раннем дошкольном возрасте 1 : 1. В связи с этим строение и функции тела у мальчиков и девочек мало отличаются. В 6—7 лет происходит увеличение секреции гормонов, и по мере нарастания их уровня создаются условия для будущих соматических изменений. Нейрофизиологический половой диморфизм станет более заметным к 10 годам, когда мозговые структуры достигнут определенного развития.

Динамика полоролевого поведения

С самого рождения мальчики и девочки отличаются. У девочек ниже пороги тактильной и болевой чувствительности, они больше спят. У мальчиков лучше развиваются мышцы, способность удерживать голову. В 3 месяца на мальчика эффективнее действует зрительное поощрение, а на девочку — слуховое. В 6 месяцев у девочек сердцебиения замедляются от джазовой музыки, у мальчиков — от прерывистых звуков. В 13 месяцев девочки менее охотно уходят с рук матери, стремятся к физическому контакту с ней. Играют они пассивнее, столкнувшись с барьером, плачут, зовут мать, в то время как мальчики стремятся обойти препятствие. К 2 годам матери чаще говорят с девочками и прижимают к себе, мальчиков же больше стимулируют физически. В 1,5—2 года происходит первичная половая идентификация, дети обоего пола осмысляют свою половую принадлеж-

ность и различия между полами. Однако в 5 лет еще могут допустить обратимость пола. К 4 годам мальчики более маскулинны, чем девочки фемининны. Мальчики инициативнее, активнее, агрессивнее девочек и чаще стремятся быть первыми, лучшими. Возрастной кризис 3 лет у мальчиков проходит более резко. К 5—6-летнему возрасту уже хорошо выражено полоролевое поведение. Дети не только понимают, к какому они принадлежат полу, но и их поведение соответствует осознаваемому полу. Дети проявляют инициативу в формировании однополых компаний и выборе игр, обнаруживают разные стили поведения и интересы. Треть детей обнаруживают глубокую привязанность к персоналу дошкольных детских учреждений, что, по-видимому, является проявлением поиска эмоционально значимых фигур, необходимых, в частности, для формирования половой идентичности. Большое количество (12 %) детей, желающих изменить свой пол, возможно, является показателем их неудовлетворенности своей формирующейся половой идентичностью.

Сексуальное поведение

К проявлениям детской сексуальности относят поглаживание, чесание, трение, сдавливание половых органов, сосание пальцев и языка, кусание губ, растирание, трение низа живота, бедер. Проявлениями сексуальности также считаются чрезмерная нежность, сквернословие, соответствующие фантазии, письмо и рисование неприличного содержания, подглядывание за обнаженными людьми, причинение боли другим, стремление испытать мучения, разглядывание изображений обнаженных людей. Такое расширенное толкование детской сексуальности весьма условно. Судить об истинной сексуальности можно лишь по сочетанию с другими проявлениями. Особенность детской сексуальности, как думает S. Freud, в том, что она по своему происхождению относится к одной из жизненных соматических функций, не имеет сексуального объекта и потому аутоэротична, и сексуальная цель меняется под влиянием преобладающих эрогенных зон. В связи с этим, по его мнению, психосексуальное развитие у детей проходит несколько фаз: оральную, анальную, генитальную и латентную. В действительности сексуальность не занимает такого преобладающего положения в жизни ребенка, как предполагали. С другой стороны, нельзя не учитывать, что по мере взросления сексуальное поведение становится более выраженным у все большего числа детей, оно усложняется, и его развитие не прекращается. Таким образом, не существует латентного периода, когда ребенок якобы лишен сексуальных интересов и соответствующего поведения. Нет у ребенка и аутоэротичности, он не получает сексуального удовлетворения при стимулировании своего тела. Наблюдение за проявлениями сексуальности необходимо для оценки ее соответствия возрастным нормативами. *Судить об этом можно по сексуальной активности и интересам, по понятиям о сексуальных различиях и рождении детей, по развитию половой дифференциации* (выделению себя среди других, усвоению своих половых особенностей, заинтересованности мочеиспусканием, дефекацией, процессом рождения и т. д.). Для этой цели можно воспользоваться, в частности, материалами A. Gessell и F. Ilg. В 10—12 месяцев ребенок, будучи раздетым, трогает гениталии. В 18 месяцев проявляет особенную нежность к матери при волнениях. В 2 года дети стремятся поцеловать мать, отличают мальчиков от девочек по одежде и прическе. В 2,5 года знают о своих половых органах и могут играть ими, с интересом наблюдают раздетых людей, появляется интерес к физиологическим различиям между полами, задают вопросы о материнских грудях. В 3 года задают вопросы о физиологических различиях между полами. Появляется желание рассматривать или касаться взрослых. Интересуются малышами и хотят иметь братишку или сестренку. Спрашивают о том,

откуда берутся дети, где они были до рождения. Хотят жениться на матери или выйти замуж за отца. В 4 года могут во время игры демонстрировать свои половые органы и мочеиспускание перед детьми. Намеренно играют с неприличными словами. Проявляют интерес к тому, что происходит в туалетах и ванных. Задают вопросы о том, как дети попадают в живот к матери и как оттуда появляются. В 5 лет — вопросы о детстве родителей. Хотят иметь своего ребенка, когда вырастут. В 6 лет могут задавать вопросы о своих яичках. Дети интересуются, как иметь детей, не болезненно ли это. Может появиться интерес к роли отца в процессе репродукции. Пересказывают родителям услышанные вне дома неприличные выражения и ждут реакции. О фактической осведомленности детей этого возраста в вопросах пола говорят данные опроса молодежи. До 7 лет сведения о различии мужских и женских гениталий получили 61 % девочек и 52 % мальчиков. Эта информация должна быть усвоена всеми детьми к 2,2—3 годам. Опрос матерей показал, что 52 % детей дошкольников задают соответствующие вопросы. К 7 годам о родовом акте знают только 28 % мальчиков и 15 % девочек. Эти сведения должны быть известны к 5—7 годам. 60 % матерей сообщили, что дети задают вопросы о своем рождении. О роли отца к 7 годам узнает каждый 5-й мальчик и каждая 10-я девочка. Предполагается, что к 6—8 годам все дети должны знать об этом. Понятие о беременности в дошкольном возрасте имеют 25 % мальчиков и 17 % девочек. Родители информируют об этом девочек вдвое чаще, чем мальчиков. Родителей спрашивают лишь 13 % детей об этом. О половом акте до 7 лет знают пятая часть мальчиков и десятая часть девочек. Более 60 % мальчиков и свыше 40 % девочек узнали об этом из наблюдений за животными и людьми. Для трети девочек и четвертой части мальчиков первое столкновение с понятием о половом акте носило характер потрясения. Воспитатели детских учреждений указывают, что пятая часть детей активно задает вопросы о различии между полами, происхождении детей, роли отца и т. д. Многие дети обсуждают это между собой. О таких явлениях, как мастурбация, эксгибиционизм, визионизм, гомосексуализм, в детстве узнают 7 % мальчиков и 2 % девочек, причем половина из них — наблюдая за другими детьми. Оценивая степень нормальности сексуальных проявлений ребенка, следует учитывать его темперамент, индивидуальные особенности развития, своеобразие воспитания и уровня окружающей культуры, которые могут изменить и форму сексуальности, и время начала ее проявлений. Следует иметь в виду то, что многие взрослые не осознают ни особенностей поведения, ни интересов своих детей, полагая, что дети лишены дурных помыслов, а обсуждаемый предмет слишком постыден. По этой причине от них трудно получить объективную информацию по психосексуальному развитию. Сами дети понимают отрицательное отношение взрослых к проявлениям сексуальности малолетних и потому скрывают свои истинные интересы и поступки. Отсутствие вопросов не означает нежелания знать о проблемах пола. Иногда для выявления имевшихся интересов требуется новый опыт, приводящий к особенной заинтересованности и провоцирующий вопросы.

Примером может быть ребенок, который никогда ранее не задавал вопросов, касающихся пола.

Впервые побывав с дядей в бане, где увидел на стене неприличные слова и рисунки, в цирке спросил у бабушки: «Почему собачки без трусиков, стыд виден?». Дома заявил, что хочет увидеть, чем отличаются женские половые органы от мужских. Признался, что этот вопрос его волнует давно.

Сексуальность детей может проявиться в любом их *творчестве*: в словесных выражениях, песенках, стишках, рассказах, рисунках, стенных и других надписях. Так, дошкольница сделала фигурку из пластилина и назвала ее девочкой, а затем

переделала ее в мальчика и прилепила кусочек пластилина в соответствующее место. Матери считают, что таких детей около 5 %, воспитатели — 10 %. Интересы ребенка могут проявиться в играх. Некоторые из них, где дети действуют в качестве отца, матери, няни, медсестры, доктора, щекочут, трогают и рассматривают обнаженные тела друг друга, узнавая о различии между полами, называют *сексуальными играми*. Эта детская активность, как правило, определяется не влечением, а любознательностью, желанием больше узнать об устройстве людей другого пола и сравнить его со своим полом. *Подглядывание* за обнаженными людьми, мочеиспусканием и дефекацией, интимными сторонами жизни взрослых отмечены в воспоминаниях 5 % юношей и 4 % девушек. Родители полагают, что такое любопытство распространено шире (25 %). Аналогично думают и воспитатели. *Обнажение* детей друг перед другом — обычное явление. Родители отмечают игры с взаимным раздеванием у 50 % детей. Совершается это из-за любопытства. Все же встречаются дети, чье стремление обнажаться обусловлено расторможенной сексуальностью. Иллюстрацией может быть 7-летняя девочка, удочеренная в 5 лет. Капризная, упрямая, она часто раскачивается в постели, сжимает бедра и пригибает их к лону, трется лоном об окружающие предметы, раздражает пальцем клитор. Сообщает о том, что ей это приятно. Любит обнажаться, демонстрировать свое тело и половые органы, часто с кокетством проделывает это перед мальчиками, с которыми стремится быть вместе. Детская *влюбленность* проявляется восхищением предметом своей увлеченности, желанием быть рядом и не имеет в буквальном смысле слова эротического содержания. Иногда взрослые, заверяя в своей любви и лаская детей, стимулируют их, провоцируя сексуальные интересы и поведение. *Ревность* некоторых детей в отличие от большинства, претендующих на повышенное к себе внимание, может носить явно сексуальный оттенок.

Мастурбация (онанизм). В возрасте 5—6 месяцев младенец, исследуя свое тело, обнаруживает его различные части, в частности половые органы, задний проход, пупок и ощупывает их. Возникающие в это время у мальчиков эрекции, связанные с переполнением мочевого пузыря, прямой кишки, раздражением одеждой или глистами, а также болевыми ощущениями в промежности могут вызвать у них особенный интерес. До 10 месяцев эти исследования, по-видимому, лишены чувственного характера. Позже младенец получает какое-то удовольствие от своих манипуляций. Мастурбация не может связываться только с умственной отсталостью, детской нервностью или органическим поражением головного мозга. Причиной особого интереса некоторых детей к игре своими половыми органами может быть их необычная чувствительность, длительное перевозбуждение, реакция на трудную психологическую ситуацию (лишение любви и заботы, противоречивое поведение матери, деспотическое обращение и т. д.) или заболевание (аномальное развитие) головного мозга. У 20 % детей, особенно девочек, он продолжается до тех пор, пока не возникает умение достигать оргазма. Между 2 и 5 годами возрастает интерес к половым органам, проявляющийся манипуляциями с ними и в сексуальных играх. В 5—6 лет особенно увеличивается группа мастурбирующих детей, преимущественно мальчиков, которые в связи с переживанием заброшенности, издевательств, унижений, страха и незащищенности находят способ улучшить свое эмоциональное состояние посредством самостимуляций. У части детей этого возраста мастурбация — следствие раздражения от тесной одежды, фимоза, вагинальных выделений, глистов или даже трения области промежности во время игр или развлечений (езда на велосипеде). Среди опрошенной молодежи онанизм до 7 лет отмечен у 2,5 % юношей и 5 % девушек. По сведениям родителей — у 5 %, а по сведениям воспитателей детских учреждений — у 11 % детей. Интенсивность онанизма у детей различна: она может быть эпизодической, регулярной или чрезмерно частой — до нескольких раз в день.

ШКОЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ (ОТ 8 ДО 11—12 ЛЕТ)

Психологические особенности

В препубертатном возрасте мальчики обнаруживают преимущество в пространственных операциях. К 7 годам латерализуют неречевое слуховое восприятие, эта способность различная у мальчиков и девочек. Восприятие речевых стимулов в 6 и 7 лет обеспечивается левым полушарием и у мальчиков, и у девочек. Таким образом, в этом возрастном периоде продолжается постнатальная половая дифференциация. Мальчики в 1 классе чаще девочек испытывают трудности в эмоциональной адаптации, в речи, настойчивости, координации движений. Явные различия школьной успеваемости устанавливаются на 2-м году обучения. Девочки превосходят мальчиков в вербальных пробах, языковых и перцептивных навыках, уступая в моторных умениях и развитии пространственной памяти. Мальчики в 8—10 лет к концу учебного года утомляются больше девочек и становятся более расторможенными, непоседливыми, отвлекаемыми. Успешность выполнения заданий зависит от того, считают ли мальчики их мужскими, а девочки — женскими. Интерес к решению трудных задач у мальчиков больше при материальном поощрении, а у девочек — при эмоциональном поощрении. Уровень притязаний у мальчиков выше, и они не любят одобряемые взрослыми виды деятельности. Мальчики лучше выполняют задания в одиночку, а девочки — в смешанной по полу группе. На девочек больше, чем на мальчиков, оказывает влияние уровень образования семьи и помощь педагогов. Фрустрации у мальчиков чаще вызывают нарушение коммуникативных способностей, у девочек — более жесткое поведение. В 10 лет мальчики более экстравертированы, девочки же более «невротичны» и менее искренни. Мальчики более активны и настойчивы, более склонны к риску и напряжены, менее исполнительны и чувствительны, у них хуже самоконтроль. Дети в этом возрасте разбиты на два лагеря. Их игры и интересы утрированно маскулинны и фемининны. Дружба носит почти исключительно однополый характер. Однако общение между мальчиками и девочками интенсивно. Собственное поведение оценивается установками однополой группы.

Биологические факторы

В этом возрасте — устойчивые связи между центром и периферией репродуктивной системы. Её особенность — тормозящее воздействие эпифиза и эндогенных опиатов на гипоталамус, низкая чувствительность гонад к гонадотропной стимуляции гипофиза фоллитропином (ФСГ) и лютропином (ЛГ) и высокая чувствительность гипоталамуса к тормозящему влиянию половых гормонов. У мальчиков с 6—8 лет в надпочечниках увеличивается продукция малоактивных андрогенов. К началу пубертата (10 годам) в связи с повышением чувствительности семенников нарастает секреция активного гормона — тестостерона. Последний стимулирует рост тела. Уровень женских гормонов (ФСГ) растет, но оказывается меньшим, чем у девочек. Обнаруживается ритмичность секреции лютеинизирующего гормона (ЛГ) и связанный с этим ритмический подъем продукции тестостерона. Увеличение секреции половых гормонов готовит вступление организма в пубертат. У девочек 7—10 лет увеличивающийся уровень ФСГ и ЛГ в крови характеризуется ритмическими выбросами. Соматотропин управляет обменом веществ и стимулирует влияние тестостерона на развитие вторичных половых признаков. Его уровень поднимается к 7 годам, затем снижается и повторно увеличивается к 10—11 годам. Уровень биогенных аминов (адреналина, норадреналина, серотонина) различен у мальчиков и девочек. У первых максимальное их производство приходится на 6—7 и 10—11 лет, у вторых — на 5—6 и 9 лет. Гормональный по-

ловой диморфизм в препубертатном возрасте свидетельствует о том, что развитие у мальчиков и девочек протекает различно, а остановки психосексуального развития не существует.

Сексуальное поведение

Развеян миф о сексуальной нейтральности детей этого возраста. Согласно опросу молодежи, в этом возрасте треть мальчиков и девочек впервые услышали о различии между полами от сверстников и старших детей. От них же получили информацию о родах 36 % мальчиков и 68 % девочек. Для каждого 4-го мальчика и каждой 5-й девочки это было эмоционально значимо. В половине случаев мальчики и несколько чаще девочки уяснили роль отца, почти все мальчики и половина девочек — из объяснений детей, 15 % — от родителей. Эти сведения воспринимались многими с волнением. Сущность беременности раскрылась для 60 % мальчиков и 52 % девочек, из них благодаря родителям — 9 % мальчиков и 24 % девочек и от специалистов — 5—7 %. Сущности полового акта родители детям не разъясняли, сведения же о нем получили 63 % мальчиков и 43 % девочек, из наблюдения полового акта соответственно — 30 и 19 %, от детей — 65 и 68 %, из литературы — 10 и 24 %. У трети мальчиков и двух третей девочек это вызвало эмоциональное, часто с отвращением реагирование. О менструациях и поллюциях узнали 40 % мальчиков и 66 % девочек. О противозачаточных средствах получили сведения 45 % мальчиков и 6 % девочек. Судя по опросу девочек 7 лет, не все знают о различии между полами. Знающие об этом не обосновывают различия разницей в строении тела. Больше половины из них не знает, что детей рожают и что такое беременность. Треть не информирована о роли отца в деторождении. Только некоторые из 8-летних девочек не информированы о различиях между мужчиной и женщиной и о внутриутробном развитии плода и не уверены в том, какова роль отца в зачатии. В возрасте 9 лет только половина девочек осведомлена о роли отца в рождении детей. У части девочек младшего школьного возраста уже имеется сексуальная озабоченность и повышенный интерес к проблемам пола, имеется повышенное желание любви. У мальчиков этого возраста, по сравнению с подростками и взрослыми, более высокая и неспецифическая возбудимость. Уже за несколько лет до начала полового созревания они могут переживать оргазм. До 10-летнего возраста к мастурбации в 3 раза чаще приходят самостоятельно в сравнении с теми, кто приобретает эту «привычку», подражая другим. Одна 9-летняя девочка открыла приятные ощущения в половых органах на уроке физкультуры, когда спускалась по канату, другой 10-летний мальчик пережил непонятные для него, но приятные ощущения при тряске в автобусе. О практикуемой мастурбации сообщили 10 % мальчиков и 1 % девочек, а знают об этом явлении 33 % и 10 % соответственно. 14 % девушек (18—22 лет) сообщили о том, что начали мастурбировать до 11,5 года, 50 % — подвергались ласкам подруг. О сексуальных играх вспоминают 48 % женщин и 57 % мужчин. Техника этих игр различна: демонстрация гениталий, манипуляции ими, имитация полового акта. 15—25 % опрошенных нами девушек в возрасте 8—11 лет участвовали в сексуальных играх с детьми другого пола. 11 % вспоминали, как подсматривали за раздеванием людей, за влюбленными парами. 3 % — «смаковали» описания эротических сцен.

Средовые факторы. Влияние этих факторов независимо от пола и более демонстративно, чем биологических. Переход от игр к учебной деятельности, появление трудовых обязанностей, возникновение отношений со сверстниками, новый тип отношений со взрослыми, изменение критериев самооценки и другие — все это участвует в формировании личности мальчика и девочки. Феминизация школы и установки педагогов влияют на полоролевое формирование детей, маскули-

низируя девочек и феминизируя мальчиков или утрируя полоролевые проявления. Высокомаскулинные мальчики вступают в конфликт со школьной успеваемостью, а фемининные — хорошо успевая, приобретают низкий неформальный статус. Взаимоотношения мальчиков и девочек могут повлиять на дальнейшее их развитие.

ПУБЕРТАТНЫЙ ВОЗРАСТ (ВОЗРАСТ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ)

Во время перехода от детства к взрослости завершается формирование репродуктивных функций, происходит становление психологии взрослого мужчины и женщины, приобретается определенный социальный статус. Продолжается этот период в течение 3—4 лет, начинаясь в 12—13-летнем возрасте и завершаясь к 16—17 годам.

Биологические факторы

Половое созревание стимулируется изменением чувствительности гипоталамуса к половым гормонам, что связано с уменьшением тормозящего влияния эпифиза на гипоталамус. Последний активизирует гипофиз, который, продуцируя гонадотропные гормоны, стимулирует увеличение роста и массы тела, а также деятельность половых желез и надпочечника. Это приводит к формированию вторичных половых признаков. У мальчиков увеличиваются гениталии, появляется волосистость на лобке, лице, в подмышках. Ломается голос, развиваются мышцы, происходят эякуляции (в 13—14 лет). У девочек увеличиваются соски, набухают молочные железы, появляются волосы на лобке, в подмышках, формируются половые органы взрослой женщины и появляются менструации (в 12—14 лет). Рост скелета может намного опередить развитие сердечно-сосудистой системы и тем самым вызвать слабость, утомляемость и неприятные ощущения. В 11—14 лет девочки по физическому развитию впереди мальчиков на 2—3 года, но уже к 15 годам мальчики опережают девочек.

Переживание физического развития

В этом возрасте происходит вторая телесная аутоидентификация, связанная с бурной перестройкой тела и ее маскулинными или фемининными чертами. Образ телесного «Я», который создается у подростка, — отражение собственных качеств и способностей в восприятии и оценке окружающих. Если этот образ подростку кажется «уродливым», возникает так называемый «синдром Квазимодо», или комплекс «гадкого утенка». Мальчики чаще переживают свое «недоразвитие». Девочки в противоположность этому чаще страдают от опережения физического развития в сравнении со сверстницами и сверстниками. Темпы полового созревания могут быть очень разными. При опережении на 4 года (начало в 8 лет) констатируется ускоренное, а при отставании на 2 года (начало в 15,5 года) задержанное половое развитие.

Психологические особенности

Темп психического развития во время полового созревания то ускоряется, то замедляется. В то же время формирование одних психических процессов опережает другие, т. е. созревание личности происходит диспропорционально. Умственное развитие достигает уровня гипотетико-дедуктивного мышления. Однако особенности межполушарного взаимодействия складываются к концу пубертата. А созревание лобных долей, определяющее планирование поведения, еще позже. Аффективная сфера характеризуется склонностью к эмоциональной возбудимости, повышенной реактивностью, легкими переходами от экзальтации к депрессии.

Общение для подростка составляет непростую задачу. Волнуют специфические возрастные вопросы: право на автономию, определение своего места в мире, выработка жизненной позиции, формирование психосексуальной ориентации.

Половое (гендерное) самосознание

Самосознание у девочек формируется быстрее, чем у мальчиков. Они раньше взрослеют. У них раньше возникает сложная рефлексия, чувство одиночества, сильнее потребность во взаимопонимании и психологической близости. Они в сравнении с мальчиками больше ориентированы на словесное общение, чем на совместную активность. Считают себя менее общительными, но более искренними, справедливыми и верными. Мальчики при оценке девочек отмечают их меньшую смелость, общительность и жизнерадостность, но большую доброту, умение понять другого. Девочки охотнее отдают предпочтение мужскому статусу, чем мальчики женскому, свободнее в общении с мальчиками, чем мальчики с ними. У мальчиков больше потребность в достижениях и ориентации на будущее. У девочек реальное и идеальное «Я» с возрастом объединяются. У мальчиков увеличивается рассогласование идеального и реального «Я». Подростки не могут показать знаний о маскулинности и фемининности, подменяют понятия, отказываются охарактеризовать их, тем самым уходят от напряженно воспринимаемой темы, и обнаруживают серьезный дефект бесполой педагогики, где упускается сфера взаимоотношения между полами. Обязанности женщины рисуются как жертвы, требующие признания. Отношение к мужчине у девочек осуждающее. Мальчики представляют, что женщина ответственна за жизнь семьи, мужчина же ее необязательный помощник. Позиции мальчиков и девочек согласованы и образуют направление будущих отношений, чреватых конфликтом инфантильно-эгоистических требований друг к другу. Представления девочек о маскулинности диссоциированны: романтический образ мужчины противостоит реальным требованиям к нему и его облику. У мальчиков портрет маскулинности — одноплановый и реалистичный. Фемининность девочки оценивают по эмпатийным и эмоциональнодейственным качествам, а мальчики — по эмоциональной стабильности и отсутствию напряженности. Ни мальчики, ни девочки не выделяют качеств женщины, выражающих ее отношение к мужчине (Юферева Т. И., 1980).

Сексуальное поведение

Возраст полового созревания — начало развернутых проявлений либидо. Сексуальные проявления определяются и биологическими, и социально-культурными факторами, и уровнем половых гормонов. Окружающая среда формирует направление и стиль сексуальной активности. Сексуальная активность подростков может опережать психосекуальное развитие и сексуальную потребность. Подростковая сексуальность характеризуется несколькими особенностями:

1) она изолирована от других составляющих любви;

2) переживание сексуального влечения сильнее самого влечения; ограничены возможности реализации влечения, а богатые эротические переживания создают напряжение, иногда с крайними формами сексуального поведения;

3) сексуальное поведение подростка — это сексуальное экспериментирование, состоящее из аутоэротической, гомосоциальной и гетеросоциальной направленностей.

Пубертатная мастурбация смягчает или снимает физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения (Васильченко Г. С.). Средняя частота актов мастурбации у мужчин 14—18 лет — 3 раза в неделю. Она чаще отмечается у здоровых в будущем

мужчин и более редка у тех, у кого возникнут сексуальные расстройства. Среди женщин, не способных ощутить оргазм, в 3 раза больше не мастурбировавших в подростковом возрасте. Число мастурбирующих девушек к 13,5 года — 22 %, к 15,5 год — 37,4 %, к 17,5 года — 50,2 % и к 18,5 года — 65,8 % (Данилов В. В., 1982). Безвредность подростковой мастурбации не означает ее психологической бесконфликтности. У подростков недовольство собой, связанное с мастурбацией, может вызывать серьезные переживания. Влечение к самостимуляции сталкивается с чувством вины. Результатом поражения в борьбе с собой становится снижение самоуважения, сомнение в своей полноценности, опасение за будущее и душевный дискомфорт. Эти переживания могут стать основой для невротического комплекса, навязчивых действий и чрезмерной мастурбации. Как правило, душевные конфликты возникают у застенчивых, нелюдимых, застревающих на своих сомнениях мальчиков-подростков. Девочки чаще всего не расценивают свою сексуальную стимуляцию как мастурбацию, полагая, что она бывает только у мальчиков, и потому редко бывают недовольны своим поведением. Сексуальные эксперименты подростков изредка могут привести к половым контактам с животными (содомия). Такой опыт признают 22,4 % мужчин и 5 % женщин.

Пубертатный петтинг — сексуальные взаимные ласки, приводящие к сексуальному возбуждению и включающие в себя любые действия, кроме интромиссии. Петтинг может быть поверхностным (объятия, поцелуи и ласки выше талии, через одежду) или глубоким (ласки обнаженного тела ниже пояса, включая орально-генитальные контакты). В эти ласки может входить взаимная мастурбация. Петтинг может быть гомосексуальным или гетеросексуальным, завершенным (до оргазма) или незавершенным. Эта сексуальная активность замещает половой акт. К 15,5 года легкий петтинг имели 60 % девушек, 92 % девушек 17,5 лет так же сообщают о легком петтинге, в 25 % случаев — завершенном. (Данилов В. В., 1982). В 11—12 лет легкий петтинг испытали 1—2 %, в 17 лет — до 70 % , глубокий петтинг начали практиковать с 13 лет (девочки) и с 11 лет (мальчики) и к 17 годам его испытали 50—55 % (Schoffield M., 1968). Психологическое значение петтинга в том, что он осуществляет сексуальную разрядку, тренирует понимание не только словесного общения, но и специфического языка сексуального поведения половых партнеров.

Начало половой жизни. Первый сексуальный опыт в 14 лет имеется у одного из 8 мальчиков и у одной из 16 девочек, через год таких уже в 2,5 раза больше. К 16 годам половую жизнь начали 50 % юношей и 40 % девушек (Кон И. С. [и др.], 1996). К 17—19 годам уже 66,5 % юношей и 47,2 % девушек имеют первые половые контакты. Мотивы начала половой жизни у мальчиков-подростков до 17 лет: любовь — у 15—20 %, настояния партнера — у 15—19,2 %, экономические соображения — у 5 %, любопытство — у 55—41,6 %, физическая потребность — у 5—16,4 %, сострадание — у 5—1,4 %, совращение — у 1,4 %. Мотивы у девушек до 17 лет: любовь — у 25—42 %, настояния партнера — у 25—21 %, экономические соображения — у 25—1,6 %, любопытство — у 12—13 %, физическая потребность — у 1,6 %, сострадание — у 3,3 %, совращение — у 13,2 %, насилие — у 12,5—3,3 % (Тавит А., Кадастик Х., 1980). Более поздние материалы показывают, что 25 % подростков готовы к ранней половой жизни. Только треть девочек считает, что потерять невинность можно лишь в браке. Обычно первые половые контакты происходят дома у юноши или девушки. Большая часть подростков знакомится с партнером в компании друзей или знакомых (28,7 % мальчиков и 38,3 % девочек), на дискотеках и на каникулах (11,4 и 17,4 % соответственно) и только 10 % на улице. 22 % мальчиков и 19,4 % девочек до первого полового акта не знали друг друга вовсе. Половину подростков ничто не свя-

зывает с партнером. Только треть девушек и 15 % юношей вступают в половые контакты после года отношений. Треть девушек и половина юношей совершили первый половой акт в алкогольном опьянении. В треть случаев инициатива начала интимных отношений исходила от молодого человека, 22 % девушек сопротивлялись и согласились, 7 % — сопротивлялись насилию до конца. В то же время сами подростки, насилующие своих подруг, не осознают своего поведения. 25 % подростков не осуждают тех, кто заставляет «переспать» против воли. Половина подростков не против того, чтобы за сексуальные услуги платили деньги. 56—58 % своему сексуальному поведению уделяют внимания не меньше, чем учебе (Кон И. С. [и др.], 1996). На возраст начала близости влияет сила либидо, установки в обществе (урбанизация, высокий уровень образования). Раннему началу половой жизни у подростков 12—17 лет противостоят определенные мотивы: религиозные убеждения (5,4 % у мальчиков и 9,9 % у девочек), непривлекательность (9,3 и 20 % соответственно), опасение беременности (17,4 и 31,5 %), страх венерической болезни и СПИДа (30,7 и 40,9 %), отсутствие подходящего партнера (26,0 и 13,5 %), противоречие моральным убеждениям (6,4 и 13,7 %), неготовность к этому (13,9 и 26,0 %), нежелание огорчить родителей (7,9 и 15,9 %). Неудовлетворенность первой близостью пережили в зависимости от возраста от 10 до 40 % мальчиков и от 40 до 70 % девочек. Повторение близости в пределах суток не чаще чем в 5 % случаев, в течение недели примерно в $^1/_3$ случаев, в пределах месяца — в 50—60 %. В настоящее время, когда мораль стала менее строгой, характер сексуальности не зависит напрямую от степени асоциальности поведения подрастающего поколения. Снижение возраста начала половой жизни, происходившее в предшествующие десятилетия, остановилось на уровне около половины «искушенных» к 16 годам.

Тест

1. Детерминанты психосексуального развития — это:
а) психологические и культурные факторы (половое воспитание);
б) биологические факторы (хромосомы, гормоны);
в) сочетание биологических и культурно-психологических факторов.

2. Хромосомный пол — это:
а) пол индивида, определяемый по гениталиям;
б) пол индивида, определяемый половыми гормонами;
в) пол индивида, определяемый половыми хромосомами.

3. Гонадный пол — это:
а) пол индивида, определяемый по гениталиям;
б) пол индивида, определяемый половыми хромосомами;
в) пол индивида, определяемый половыми гормонами.

4. «Паспортный» пол — это:
а) пол индивида, определяемый половыми хромосомами;
б) пол индивида, который он хочет иметь;
в) пол индивида, определяемый по гениталиям.

5. Первичная половая (гендерная) идентификация — это:
а) поведение, направленное на продолжение рода (сохранение вида);
б) поведение в соответствии со своей половой принадлежностью;
в) правильное определение своей половой принадлежности.

6. Первичное полоролевое поведение — это:
а) поведение взрослого человека;
б) поведение в соответствии со своей половой принадлежностью;
в) поведение ребенка.

7. Половой метаморфоз — это:
а) вторичное (подростковое) полоролевое поведение;
б) отличие поведения мальчиков от поведения девочек;
в) появление первичных и вторичных половых признаков.

8. Сексуальное поведение — это:
а) половой акт;
б) любое поведение мужчины и женщины;
в) поведение, направленное на продолжение рода (сохранение вида).

9. Сексуальная ориентация — это:
а) правильное определение своей половой принадлежности;
б) распознавание лиц своего и противоположного пола;
в) предпочтение индивидом лиц противоположного или своего.

10. Половая дифференциация — это:
а) осознание своей мужественности или женственности;
б) формирование организма и развитие психики в соответствии с полом;
в) поведение в соответствии с осознаваемым полом.

11. Критерии психосексуального развития — это:
а) осведомленность о проблемах пола;
б) половой метаморфоз;
в) формирование полоролевой идентичности, половая дифференциация, информированность в вопросах пола.

Литература

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание детей. — Л. : Медицина, 1988.
Исаев Д. Д. Подростковая сексология // Подростковая медицина. — СПб. : Специальная литература, 1999.
Каган В. Е. Воспитателю о сексологии. — М. : Педагогика, 1991.
Келли Г. Ф. Основы современной сексологии. — СПб. : Питер, 2000.
Кон И. С. Введение в сексологию. — М. : Медицина, 1988.
Кон И. С. Сексуальная культура в России. — М. : О.Г.И., 1997.
Кон И. С. Вкус запретного плода: сексология для всех. — М. : Семья и школа, 1997.
Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. О любви и сексе. — СПб. : СП «Ретур», 1991.
Сексология : хрестоматия / под ред. Д. Н. Исаева. — СПб. : Питер, 2001.
Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности. — М., 1989.

Глава 29. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

СУИЦИД И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Суицид — осознанное лишение себя жизни. Наряду с понятием самоубийства, существует понятие *суицидальное поведение*, которое складывается из покушений (незавершенных суицидов, прерванных по независящим от суицидента причинам), суицидальных попыток (демонстративно-установочных действий) и суицидальных проявлений (мыслей, высказываний, намеков, угроз, сопровождающихся действиями).

Развернутое представление о том, что считать суицидом, дано в книге одного из создателей суицидологии E. S. Shneidman (1985) «Определение самоубийства». В ней сформулированы общие характеристики самоубийства:

1. Общая цель в нахождении решения.
2. Общая задача, состоящая в прекращении сознания.
3. Общий стимул — невыносимая психическая, душевная боль.
4. Общий стрессор — фрустрированные психологические потребности.
5. Общая суицидальная эмоция — безнадежность — беспомощность.
6. Общее внутреннее отношение к самоубийству — амбивалентность.
7. Общее состояние психики — сужение когнитивной сферы.
8. Общее действие — бегство — эгрессия.
9. Общий коммуникативный акт — сообщение о своем намерении.
10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю.

Эти характеристики мотивационной теории суицидального поведения относятся как к взрослым, так и к подросткам. Ниже раскрывается содержание развернутого представления E. S. Shneidmana:

1. Самоубийство не случайно. Оно — выход из создавшегося положения, способ разрешения жизненной проблемы. Суицид — ответ, единственно доступный из всех возможных решений на почти неразрешимый вопрос: «Что же мне делать?» Причина суицида может быть понята, если известно, что суицидент решал психологическую проблему: «Чтобы не было мучительно больно», «Чтобы обрести покой».
2. Самоубийство — выключение сознания для прекращения невыносимой боли. Оно — единственный ответ или выход из невыносимой ситуации.
3. Душевная боль — это то, от чего суицидент стремится убежать. Суицид легче понять как сочетание движения по направлению к прекращению своего потока сознания и бегства от нестерпимых чувств, невыносимой боли неприемлемых страданий: «Внутри я умер».
4. Самоубийство порождается комбинациями нереализованных, заблокированных или неудовлетворенных психологических потребностей. Они причиняют душевную боль и толкают на суицидальные действия. Суицидент думает, что суицид направлен на преодоление фрустрации стремлений.
5. В суицидальном состоянии у суицидента одно всеобъемлющее чувство беспомощности — безнадежности. «Ничего не могу сделать, и никто не смо-

жет мне помочь». Не враждебность, а бессильная внутренняя опустошенность, унылое ощущение, что все вокруг совершенно безнадежно, а сам человек беспомощен что-либо изменить: «Утерян последний луч надежды».

6. Суициденты испытывают двойственное отношение к жизни и смерти даже в тот момент, когда кончают с собой. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Именно эта их амбивалентность дает деонтологическое основание для терапевтического вмешательства.
7. Суицид — более или менее преходящее психологическое состояние и аффективной, и интеллектуальной сферы: «Мне ничего более не оставалось». Туннельное сознание — резкое ограничение выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации, если его мышление в состоянии паники не стало дихотомическим (либо — либо). Все или ничего. Ответственность, например, отсутствует в поле сознания. Суицидент находится вне пределов досягаемости воспоминаний. Терапия состоит в том, чтобы снять психические шоры.
8. Эгрессия — преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье: «Теперь, наконец, придет свобода от душевных мучений».
9. По данным психологической аутопсии, общим для всех самоубийц было наличие предвестников приближающегося летального события. «Я умираю», — может сказать суицидент совершенно чужому человеку. Другой может начать прощаться с друзьями. Общее в чувствах — не проявление вражды или ярости, а сообщение о своем суицидальном намерении. Часто эти сообщения являются косвенными, и их легко не заметить.
10. Люди, умирающие от болезни на протяжении недель, месяцев, все это время остаются самими собой, и свойственные им черты личности проступают даже в большей степени, чем обычно. Паттерны суицидального поведения, проявления чувств или использование защитных механизмов соответствуют острым или долговременным реакциям на боль, опасность, бессилие, неудачу или утрату свободы действий. Повторные тенденции к капитуляции, уходу, избеганию или эгрессии являются одним из самых красноречивых предвестников самоубийств.

Акт самоубийства и бег, и приближение. Бегство от боли, приближение к покою, к которому стремится суицидент.

Цель самоубийцы в прекращении невыносимого потока сознания, а не в том, чтобы продолжить жизнь в загробном мире.

Наряду с осуществленными лишениями себя жизни, в десять и более раз чаще наблюдаются незавершенные самоубийства.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Уровень самоубийств в 1994 г. в Литве — 45,8, в России — 41,8, в Эстонии — 40,9, в Латвии — 40,6 чел. на 100 тыс. населения. В нашей стране при половозрастном распределении суицидов, совершенных в возрасте до 20 лет, мужчины составляют 9,2 и женщины 2,3 : 100 тыс. (Гилинский Я. И., Юнацкевич П. И., 1999). Й. Пурич-Пейакович, Д. Й. Дуньич (2000) иллюстрируют преобладание женского пола (213 к 100) в возрастных категориях от 14—15 лет до 21—22 лет. Исключение, по их данным, составляют дети младше 14 лет. Материалы последних лет свидетельствуют о том, что в 1996 г. в Петербурге зарегистрировано 19,9, а в области — 44,2 самоубийства на 100 тыс. населения.

Максимум уходов из жизни приходится на май, минимум — на декабрь.

Наиболее заметно возросло число попыток самоубийства среди подростков и молодежи, показатели в этой возрастной группе намного превышают аналогичные показатели в группе лиц среднего и пожилого возраста (Отчет ВОЗ, 1984). В США на долю подростков в 1958 г. приходилось 8 % суицидальных попыток, а после 1960 г. — более 20 % (Stevenson E. [et. al.], 1972). Во многих странах Европы суициды подростков на 2-м месте среди причин смерти в этой возрастной группе. По мнению американских авторов (Brent D. A. [et al.], 1987), завершенные суициды у детей в возрасте 5 лет не наблюдаются, в возрасте 6—12 лет — достаточно редки, хотя угрозы и попытки представляют собой не столь уж и необычное явление. У подростков частота суицидов существенно возрастает. Так, в возрастной группе от 15 до 19 лет на протяжении последних трех декад она утроилась. Подростки-юноши совершают суицидальные попытки в 5 раз чаще, чем девочки; однако последние чаще демонстрируют суицидальное поведение.

За последние 5 лет в России число самоубийств среди подростков возросло на 60 %. Суицидальное поведение учащается с возрастом, достигая максимума в пубертате, так что пик суицидального риска падает на 15—19 лет. Увеличивается число попыток и в детском возрасте (Иовчук Н. М., Северный А. А., 1999).

Риск заболевания депрессией в популяции — 20 %. 25—50 % из заболевших депрессией не обращаются за помощью к специалисту. 15 % больных, страдающих тяжелыми депрессиями, заканчивают жизнь суицидом.

Среди мужчин из низшего социального слоя показатели попыток самоубийства более чем в 8 раз выше, чем у лиц, принадлежащих к высшему социальному слою.

Частота законченных суицидов у подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий. Чем старше подростки, тем больше незавершенных суицидов (от 32 % — в 17-летнем возрасте, до 4 % — в 12—13-летнем). У детей и подростков трудно дифференцировать покушения и демонстративные попытки. Половина подростков совершает суицидальные действия на фоне острой аффективной реакции. В этих случаях имеет место механизм короткого замыкания, мало значительный повод может стать последней каплей. Внешне эти действия могут показаться демонстративными, однако эта игра у подростков порой заходит слишком далеко.

Большинство суицидальных действий детей и подростков направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей.

3 % подростков совершают настоящие суициды, 6 % — покушения, 91 % — суицидальные попытки и проявления. В группе с попытками и намерениями преобладали девушки — 80 %. Среди всех подростков суицидальное поведение у 15-летних отмечено в 10 %, у 16-летних — в 38,5 %, у 17-летних — в 28,2 %, у 18-летних — в 23,3 %. 25 % подростков суицидальные действия совершили повторно. В 46 % эти действия сопровождались алкоголизацией и наркотизацией, а в 38 % — правонарушениями, в 18 % — склонностью к побегам и в 12 % — транзиторными сексуальными девиациями. Среди всех форм девиаций суицидальное поведение встречается в 10 % случаев (Кондрашенко В. Т., 1988).

Изучение 1542 школьников 12—14 лет на юго-востоке США показало, что суицидальные мысли были у 4 % мальчиков и у 8,7 % девочек. Суицидальные попытки отмечались у 1,9 % мальчиков и у 1,5 % девочек. Была обнаружена корреляция между депрессией, с одной стороны, и суицидальными мыслями и попытками — с другой. В дальнейшем проводилось лонгитудинальное изучение того же контингента учеников. Каждый год более 70 % респондентов сообщали об отсутствии у них суицидальных мыслей, и менее чем у 5,5 % были серьезные намерения покончить с собой. У отдельных учеников в течение 1—2 лет были значительные колебания в появлении и исчезновении суицидальных мыслей. Возник-

новению этих мыслей способствовали депрессивные переживания детей. Половые различия, нежелательные жизненные события, адаптация в семье и семейные конфликты были менее значимыми предикторами (Garrison C. Z. [et al.], 1991).

I. Kamaras [et al.] (1996), изучая в течение 10 лет отравления 6004 детей в детском токсикологическом отделении Будапешта, выявили 1020 отравлений при попытке к самоубийству. Ежегодное количество подростков (15—19 лет), совершивших завершенный суицид в Венгрии, колеблется от 134 (1986) до 78 человек (1977). В среднем эта цифра — 98,7. Число же ежегодных незавершенных суицидальных попыток в этом возрасте за то же десятилетие значительно выше — от 2780 до 2119 (19—20 % от числа попыток в целом по стране).

80 % людей играют мыслями о суициде. Желание умереть часто встречается и у детей. Суицидальные фантазии естественны. «Если бы я сейчас умер, мои родители пожалели бы, что относились ко мне так плохо», — думают многие дети.

Дети и подростки сообщают о большей частоте суицидального поведения, чем их родители. Попытки суицида отмечаются у детей в 1 %, а у подростков в 1,7—5,9 % случаев. Завершенные суициды у мальчиков 5—9 лет встречаются с частотой 00,4 случая на 100 тыс. населения; у девочек 5—9 лет по статистике их нет; у мальчиков 10—14 лет — 2,4 случая на 100 тыс. населения; у девочек 10—14 лет — 0,96 случая на 100 тыс. населения; у подростков 15—19 лет — 18,5 случая на 100 тыс. населения; у девушек 15—19 лет — 3,48 случая на 100 тыс. населения. Число суицидов подростков 15—19 лет возросло в 4 раза за последние четыре десятилетия. Количество самоубийств подростков составляет примерно 12 % от всей смертности этой возрастной группы. Распространенность суицидальных попыток у подростков находится в пределах 3—7,1 %. Число мужских суицидов в этой возрастной группе в 5 раз выше, чем женских. Попытки самоубийств девушек встречаются в 3 раза чаще, чем у юношей. Имитация суицида и подражание суицидентам — характерная черта подростков. Риск суицидального поведения подростков возрастает после представления по телевизору историй о самоубийствах подростков или фильмов с самоубийствами подростков (Pataki C. S., 2000).

Показатели суицидов в России в возрастной группе 15—21 год в 1990 г. были равны 28,6 случая на 100 тыс. населения у юношей и 6,6 случая на 100 тыс. населения у девушек, а в 1997 г. выросли до 53,2 и 9,0 соответственно, что выше в сравнении с США в 2—3 раза. Эти различия объясняются тем, что россияне на грани суицида находятся в большем стрессе, они загружены и разгневаны межличностными взаимоотношениями. Он/она хотят мести и спешат уйти от остающихся в живых (Леенарс А. А. [и др.], 2002).

Суициду может предшествовать переживание утраты взаимоотношений из-за несчастной любви, переезда в другое место или семейных потерь (из-за развода или смерти близких), т. е. из-за крушения важных психологических опор или потери привязанностей. Существует также тесная связь между саморазрушающим поведением подростков и жестокостью, насилием, отвержением или заброшенностью в семьях (Grollman E., 1988).

Суицидальное поведение подростков связывают также с сексуальным и физическим насилием в детском возрасте (Silverman A. B. [et al.], 1996).

В США злоупотребление наркотиками было установлено как главный диагноз у 53 % жертв суицида до 30-летнего возраста. Иногда у суицидентов обнаруживается злоупотребление и алкоголем, и наркотиками в сочетании с депрессией или с расстройством личности. В Великобритании у подростков с суицидальным поведением обнаружили злоупотребление алкоголем у 13,9 % мальчиков и у 8 % девочек, а у 17,6 % мальчиков и у 3,6 % девочек — злоупотребление наркотиками. 25,2 % подростков Оксфорда употребляли алкоголь за несколько часов перед су-

ицидальной попыткой. Нередко (18,9 % молодых людей и 12,5 % девушек) алкоголь принимают суициденты, собирающиеся отравиться (Hawton K., 1994).

ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Предвестники суицидального поведения в раннем детстве

Взаимоотношения с отцом для детей, суицидентов более значимы, чем с матерью. Если отношения не складываются, а дети отвергаются, то они становятся болезненными и напряженными.

Для тех, кто решает уйти из жизни, характерно эмоциональное отвержение в детстве, несоответствие между уровнями притязаний и достижений, ранняя, проявившаяся в детстве неустойчивость поведения. Суицидент символически ищет любви отца, который, по его мнению, его не любит. Он пытается обрести ее искуплением. Самоубийце недостает интернализованной фигуры одобряющего его отца, которая, очевидно, необходима для долгой жизни.

Попытки суицида предпринимают подростки со сниженной самооценкой, чувством малоценности и ненужности. Часто ожидания детей-суицидентов или их родителей оказываются нереалистичными. Эти дети думают, что без них семьям будет лучше. Они чувствуют себя биологическими чужаками, понимают, что шагают не в ногу с родителями или не подходят в качестве приемлемых членов для семейного круга. Может появиться необоснованное чувство своей нежеланности для родителей, уверенности, что родители не хотели появления их на свет. Это так называемый феномен «отвергнутого ребенка».

Лица, достигшие наименьшего успеха, являются группой повышенного риска

Будущие суициденты — осторожные, склонные к оборонительной позиции, подавленные, неудовлетворенные, одинокие, замкнутые и ранимые личности.

Предыдущий суицид в семье может быть деструктивной моделью для подражательного поведения. Большинству подростков, предпринимающих попытки самоубийства, не мог быть поставлен диагноз психического заболевания, хотя душевная болезнь в случае ее наличия увеличивает риск суицида.

Для предупреждения суицидов можно сделать многое. Почти половина подростков делятся своими суицидальными мыслями с родными. В большинстве случаев подростковых суицидов дефицит общения между родителями и детьми был важным фактором в их желании покончить с собой.

Также значительную роль в совершении суицидов у подростков играет имитационное поведение. Чем больше телеканалов показывало суициды, тем больше совершалось самоубийств. Школьные самоубийства одних учеников могут отозваться повторением другими, уходов из жизни.

В местах заключения риск самоубийств у подростков в 5—6 раз выше, чем за их пределами.

Молодые люди-гомосексуалы предпринимают суицидальные попытки в 2—7 раз чаще, чем гетеросексуалы. Опрос подростков-гомосексуалов показал, что 11,3 % из них совершали суицидальные попытки. Почти 81 % всех попыток приходился на возраст до 23 лет (среди 16—18-летних — 29 %, 19—20-летних — 25,8 %, в возрасте 21—22 лет — 25,8 %). Суицидальные тенденции оказывались напрямую связанными со степенью принятия своего влечения, удовлетворенностью им. Среди тех, кто ответил, что гомосексуальное влечение делает их несчастными, 76 % ощущают себя одинокими, а 27,6 % совершали суицидальные попытки. Среди удовлетворенных своим влечением лишь 26,7 % чувствовали себя одиноко, а суицидальные попытки были только у 7 %. Основными причинами совершения

суицидальных попыток назывались осознание атипичности своего влечения, отсутствие эмоциональной поддержки со стороны членов своей семьи, безответная любовь или разрыв отношений с любимым человеком. Свидетельством влияния микросоциального окружения и низкой самооценки на возникновение суицидального поведения являются следующие данные. Среди подростков, считающих себя объектом насмешек, суицидальные попытки были у 26,3 %, а среди подростков, испытывающих неуверенность в себе, — у 18 %. Среди подростков, имевших суицидальные попытки, сохраняется высокий риск повторных покушений на свою жизнь. 47 % подростков-гомосексуалов, указавших, что они «несчастливы в настоящее время», в прошлом имели суицидальные попытки. Среди тех, кто утверждал, что «жизнь не имеет смысла», таких было 28,9 % (Исаев Д. Д., 1992).

Среди протестантов больше суицидентов, чем среди ортодоксальных евреев и католиков. Еврейские семьи более крепкие, более терпимые, поэтому члены этих семей реже совершают суициды.

Смерть, развод, потеря работы вызывают тревогу и эмоциональные волнения. Кто-то должен быть ответственен за происшедшее. Чаще это самый ранимый, нередко младший, не умеющий отстоять свое мнение. Его делают плохим, ответственным, могут обвинить в происшедшем. *Суицидогенная семья* может быть уверена, что самоубийством разрешаются проблемы остальных.

Такие изменения поведения, как алкоголизация, экспериментирование с лекарствами и токсическими веществами, раздаривание своих вещей окружающим, уходы из дома и т. д. также могут оказаться предтечей самоубийства.

Неврозы, аффективный психоз, шизофрения тоже нередко сопровождаются суицидальным поведением. Психозы ответственны за четверть самоубийств. Среди больных шизофренией — 3—12 % пациентов совершают суициды.

D. A. Winn (1969), изучив 60 психических больных подростков с суицидальным поведением, у 30 из них обнаружил, что их поведение связано с галлюцинациями.

У детей суицидальное поведение связано с ситуационно-личностными реакциями, в первую очередь с реакциями оппозиции (Каннер Л., 1966). У подростков депрессии в качестве причины суицидов были чаще (Nissen G., 1974).

Л. Я. Жезлова (1978) отмечает, что покушение на самоубийство имеет место у 59,4 % детей 7—14 лет с суицидальным поведением. 70 % из них — это больные шизофренией, 18 % — дети с ситуативными реакциями. Среди подростков-суицидентов 13—14 лет больных, страдающих шизофренией, 38 %, число подростков с ситуативными реакциями — 60 %.

Была описана почти успешная суицидальная попытка 7-летней девочки, у которой с самого рождения были нарушены взаимоотношения с матерью (Aleksandrowicz M. K., 1975).

ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Среди совершивших попытки самоубийства подростков соотношение числа психопатий и акцентуаций характера примерно одинаково. В то же время роль различных акцентуаций характера при суицидальном поведении подростков различна. Так, при демонстративных суицидах 50 % подростков являются истероидными акцентуантами, 32 % — эпилептоидными и лишь 18 % составляют другие типы акцентуаций. Суицидальные покушения чаще встречаются у подростков с сенситивной акцентуацией (63 %) (Личко А. Е., 1983). Лишь 5 % суицидов и попыток самоубийства падает на психозы. На психопатии — 20—30 %, остальные формы суицидального поведения — подростковые кризы (Otto U., 1972).

A. Adler полагает, что поиск преодоления собственной неполноценности может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается бегство к суициду.

По К. Г. Юнгу (1996), бессознательное стремление человека к духовному перерождению может стать важной причиной смерти от собственных рук. Это стремление обусловлено актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы.

Основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении «Я», формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура «Я» является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, воспринимаясь как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. Не переставая от этого существовать, опыт отчуждается от «Я», в силу чего теряется контакт с реальностью. Таким образом, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии «Я» полностью теряет доверие к себе. Появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что приводит к суицидальным тенденциям (Роджерс К., 1993).

Предполагают также, что человек в жизни сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В конечном счете самоубийца не боится смерти — он боится жизни (Франкл В., 1990).

Суицидоопасная группа подростков чаще переживает одиночество, беспомощность, углубление эгоцентризма, нарастание склонности к обособлению и индивидуализму. Это препятствует формированию гражданственности, социальной ответственности, чувства долга, способности к сопереживанию. Снижается интерес к профессиональному образованию. Тускнеют творческие элементы, и деятельность превращается в манипулирование. Профессиональная компетентность снижается, перестает приносить удовлетворение. Мельчающие цели разрушают структуру деятельности. Это приводит к потере смысла и цели жизни или к краху самооценки. Складывается мироощущение, при котором искажается структура ценностей. Искаженная аксиологическая система приводит в тупик, поскольку закрывает зону личностного роста. Это, в свою очередь, ухудшает ориентировку в ситуациях и адаптацию к ним. Подростки чаще всего попадают в ситуации неосвоенные, переживаемые ими как стрессовые или как ситуации повышенной нагрузки, ситуации, истощающие жизненные силы. На этом этапе они переходят к конкретизации своей суицидальной направленности. При такой готовности реализацию суицидального поведения обычно провоцирует любой микроконфликт в любой из жизненно важных, но не обеспеченных адаптивной реакцией областей деятельности (профессиональной, отношений со значимыми другими людьми, учебной, сексуальной и т. д.).

Антисуицидальные факторы (чувство долга, сочувственность, сильные привязанности и др.) не срабатывают, так как они либо выпали из системы ценностей, либо не оформились в эмоционально незрелой психике.

Рознь поколений и разрушенный институт семьи провоцирует эмоциональную лабильность, повышает эмоциональную реактивность, препятствует активности логического поиска выхода из стрессовой ситуации, снижая оперирование и без того недостаточной социальной информацией.

К этиологическим факторам суицидального поведения у здоровых подростков А. А. Султанов (1983) относит: 1) дезадаптацию из-за нарушения социализации при несоответствия притязаний; 2) конфликты с семьей в связи с неприятием

системы ценностей старшего поколения; 3) алкоголизацию и наркотизацию как почву для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

По мнению Х. Ремшмидта (1994), к факторам, обуславливающим и провоцирующим суицидальные попытки у молодежи, относятся наряду с тяжелыми психическими заболеваниями конфликты самооценки, одиночество, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью (комплекс Терзита), разочарование в отношениях с представителями противоположного пола, депрессивные состояния.

М. В. Горская (1994) указывает на следующую этиологию суицидального поведения:

1) проблемы во взаимоотношениях с родителями, которые зависят от степени понимания ими своих детей, сопереживания, нормативности отношений;

2) проблемы в школе, чаще связанные с личностью учителя (авторитарной, попустительской, сотрудничающей), социометрическим статусом подростка в классе (лидер, изгой и т. д.) и личностными отношениями к успеваемости, факторам жизненных перспектив;

3) проблемы во взаимоотношениях со сверстниками: обращение с друзьями (наличие близкого друга, принадлежность к неформальному объединению), межполовое общение (любовь, конфликты с противоположным полом).

Разработаны *4 вида* причин, в которых группируются *17 ситуаций* субъективно для подростков, не разрешимых и не совместимых с жизнью:

1) семейные проблемы — непонимание родителями, развод, смерть одного из родителей;

2) личностные проблемы — одиночество, бездарность, наличие врагов, провал на экзамене, болезнь, инвалидность;

3) любовные проблемы — несчастная любовь, измена любимого, изнасилование, ранняя беременность, импотенция (муж.) или бесплодие (жен.);

4) экономические проблемы — безденежье, отсутствие жилья, безработица (Шипицына Л. М., Иванов Е. С., Стеценко Н. В., 1997).

Выделяют 5 групп *психологических потребностей*, фрустрации которых объясняют большинство самоубийств (Shneidman E. S., 1985):

1) неудовлетворенные потребности в любви и принятии, которые связаны с фрустрацией стремления к поддержке и аффилиации;

2) нарушение контроля, предсказуемости и организованности, связанные с фрустрированными потребностями к достижению, автономии, порядку и пониманию;

3) нарушение образа «Я» и избегание стыда, поражения, унижения или позора, обусловленные фрустрированными потребностями в аффилиации, самооправданием и избеганием стыда;

4) разрушенные значимые отношения с возникшим вследствие этого горем и чувством потери, связанными с фрустрированными потребностями в аффилиации и заботе о другом;

5) чрезмерные гнев, ярость и враждебность, вызванные фрустрированными потребностями в доминировании, агрессии и противодействии.

Однако в жизни существует более пяти типов самоубийств.

Предвестники суицида в подростковом возрасте

Пресуицид — время, предшествующее самоубийству, состояние, обуславливающее повышенную готовность к суициду. Для характеристики состояния, пред-

шествующего суицидальной попытке, введено понятие *«предсуицидального синдрома»*, в котором выделяются три признака.

1. *Сужение всей сферы психической жизни* (ситуативная мотивация, ограничение личностных интересов, ослабление переживания субъективной ценности мира), которое проявляется в боязни социальных контактов, в избегании привлекавших прежде ситуаций, утрате интересов, безынициативности, искаженном восприятии или интерпретации событий, разрыве межличностных связей, чувстве одиночества и абсолютного непонимания другими.

2. *Торможение агрессии, направленной во вне, и переключение ее на собственную личность.* В результате сужения жизненной сферы и отчуждения от окружающих исчезает то поле, на которое молодой человек мог бы проецировать свою агрессию. Она, чаще в виде фантазий, но иногда и в форме самоповреждающих действий без истинного намерения умертвить себя, направляется против собственной личности.

3. *Желание умереть и фантазирование на темы смерти.* Фантазирование на темы самоубийства очень распространено в период взросления и встречается почти у 50 % молодых людей. Однако в рамках предсуицидального синдрома эти фантазии отличаются конкретностью и становятся доминирующей темой размышлений.

Накануне самоубийства люди действительно подают предвещающие сигналы. Возможно, что это связано с двойственностью их чувств. Они одновременно и хотят уйти из жизни, и не желают этого. 90 % суицидентов демонстрируют словесные или поведенческие предвестники в течение последних недель жизни. 10 % диссимулируют свои намерения.

К. Меннингер (1985) писал о неявных эквивалентах, характеризующих *скрытое самоубийство*: 1) хроническое самоубийство (аскетизм, мученичество, невротическую инвалидизацию, алкоголизм, антиобщественное поведение, психоз); 2) частичное самоубийство (телесные самоповреждения, симуляцию, стремление подвергаться хирургическим вмешательствам, несчастные случаи с психологической подоплекой); 3) органическое самоубийство (психологические следствия соматических заболеваний).

Критерии предсуицидального синдрома у детей и молодежи: формируются конкретные представления о способах осуществления самоубийства; в анамнезе отмечается наличие мыслей о самоубийстве; часты дисфорические состояния (чувства печали, обиды, подавленности, разочарования); появляются психосоматические расстройства, такие как бессонница, измененное пищевое поведение, утомляемость, вегетативные расстройства.

Постсуицид — состояние после совершения намерения уйти из жизни.

КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДОВ

Психопатологическая концепция

Психически больные совершают самоубийства в 26—32—100 раз чаще, чем психически здоровые лица (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980).

Варианты депрессий у детей и подростков с высокой суицидальной опасностью предлагают А. Г. Амбрумова и Е. М. Вроно (1985):

1. *Детский вариант* (6—12 лет) отличается минимально выраженной тоской, меньшей подвижностью, утомляемостью, недомоганиями, раздражительностью и плаксивостью. Нарушаются сон и аппетит. Дети выражают недовольство собой и окружающими, жалуются на скуку. У них тускнеют прежние привязанности и интересы, появляется погребальная тематика. Это может проявиться в играх

и фантазиях. Покушение на самоубийство при этом оказывается неожиданным, а поводом могут стать незначительные конфликты.

2. В возрасте 10—14 лет преобладает *девиантный вариант подростковой депрессии*. Появляются несвойственные ранее подростку нарушения поведения от грубости и конфликтности до бродяжничества, противоправных поступков, наркотизации, сексуальных эксцессов. Аффект тоски при этом выражен незначительно.

3. *Ипохондрический вариант депрессии* (в 12—16-летнем возрасте) характеризуется превалированием соматических жалоб, тревожно-тоскливый аффектом с раздражительностью, ощущениями бесприютности и покинутости. Из-за погруженности в болезненные переживания запускаются школьные дела, затрудняется контакт со сверстниками.

4. *Астенический вариант депрессии* (в 12—16-летнем возрасте) отличается затруднениями в учебе из-за заторможенности мыслительных процессов, затруднений сосредоточения. При этом блекнут увлечения и интересы, появляется душевная вялость, безынициативность, скука, уныние, чувство собственной измененности, может быть также тревога с ажитацией.

5. *Депрессия с метафизической интоксикацией и дисморфофобией* свойственна 16—18-летним подросткам и характеризуется рассуждениями о смысле жизни и смерти, приобретающими характер негативно аффективно окрашенного навязчивого мудрствования. В этом случае суицид — продукт размышлений, а не результат конфликта или переживаний.

6. *Типичная депрессия* (в 16—18 лет) характеризуется триадой симптомов: сниженным настроением, замедлением мышления и бедностью движений. Присоединение тревоги увеличивает риск суицидального поведения.

Психологическая концепция

Ведущее место в формировании суицидальных тенденций занимает психологический фактор: влечение к смерти, любовное влечение — воссоединение с умершим, попытка стать «хозяином положения». Возможно также сочетание психологических, социальных и биологических причин.

Особенности личности суицидента — преобладание формально-логического типа мышления, усиление аффективной сферы и недостаточность активного воображения (Короленко Ц. П., Галин А. Л., 1987).

У лиц, стремящихся к самоубийству, имеется повышенная напряженность потребностей, выражающаяся в необходимости непременного достижения поставленной цели, а также повышенная потребность в эмоциональной близости и зависимости от любимого человека, когда собственное «Я» растворяется и воспринимается лишь в паре: «я — она» («я — он»), а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях. Кроме того, существует низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов и неумение ослабить фрустрацию (Конанчук Н. В., Мягер В. К., 1983).

Социологическая концепция

В основе суицидального поведения — «снижение и неустойчивость социальной интеграции». Выделено 4 мотива суицидального поведения: альтруистический (во имя большой цели, убеждений, ради спасения людей), эгоистический (ради удовлетворения каких-то своих потребностей), фаталистический и аномический (в результате разногласия между личностью и окружающей его средой). Чаще мотивы взаимодействуют. Мотивы ухода из жизни могут быть осознанными или неосознанными (Дюркгейм Э., 1912).

Примером могут быть 138 психически здоровых подростков из приемника (12—18 лет) с самоповреждениями (25), демонстративно-шантажными суицидами с агрессивной мотивацией (33), демонстративно-шантажными суицидами с манипулятивной мотивацией (45) и суицидами самоустранения (35). У них не выявлено ни демонстративно-шантажных, ни истинных покушений в чистом виде: психически здоровые подростки, совершая манипулятивные демонстративные суициды, не обнаруживают имитаций самоубийства. Они, имея целью лишь воздействие на окружающих, наносят реальный вред своему здоровью. Суициды с мотивацией самоустранения нельзя трактовать как истинные. Это специфически подростковый тип суицидального поведения, характерной чертой которого является отсутствие или крайняя непродолжительность по времени и нестойкость стремления к смерти (Вроно Е. М., Ратинова Н. А.).

МОТИВЫ, ПРИЧИНЫ, ПОВОДЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Причина суицидального поведения — это все то, что вызывает и обуславливает самоубийство. Примером может быть нарушение социально-психологической адаптации. Другими причинами могут быть болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.

Условия возникновения суицидального поведения — комплекс явлений, выступающих необходимой предпосылкой для становления и развития конкретных следствий. При разных условиях — разные следствия.

Повод — это событие, выступающее толчком для действия причины покончить жизнь самоубийством. Повод обычно носит внешний, случайный характер.

Причинами суицидов у подростков, по мнению А. Е. Личко, могут быть:

1) потеря любимого человека;
2) состояние переутомления;
3) уязвленное чувство собственного достоинства;
4) разрушение защитных механизмов личности в результате алкоголизации, наркотизации;
5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Семейные конфликты послужили причиной при демонстративном и аффективном суицидальном поведении в 51—52 % и только в 13 % — истинных покушений на самоубийство. «Сексуальные» трудности обнаружились в основе истинного суицидального поведения в 61 %, при аффективном — в 28 % и при демонстративном — в 24 %. Школьные неудачи были связаны с аффективным суицидальным поведением в 29 %, с демонстративным — в 26 % и с истинным — в 12 %. Угроза наказания за делинквентное поведение спровоцировала демонстративные действия в 12 %, аффективное суицидальное поведение — в 4 % и не привела к истинным суицидальным покушениям.

ТИПЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А. Е. Личко (1983) использовал в своей практике деление суицидального поведения на демонстративное, аффективное и истинное. Однако он указывал на большие трудности в разграничении истинного покушения и демонстративного действия.

Демонстративное суицидальное поведение характеризуется драматизированным изображением желания уйти из жизни и показом своей готовности совершить самоубийство без действительного намерения завершить счеты с жизнью. Случаи далеко зашедшей «опасной» демонстрации, как правило, совершаются

с расчетом на неизбежное спасение. Демонстративное поведение обусловлено желанием заявить о своих требованиях, нуждах, привлечь внимание, вызвать сочувствие, жалость, избежать грядущего разоблачения проступков и последующего наказания, а также наказать обидчика.

Е. М. Вроно и Н. А. Ратинова (1989) выявили три варианта суицидального поведения в подростковом возрасте:

1. *Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом (в 12–16 лет, чаще мальчики)*. Совершаются попытки суицида на высоте конфликтной ситуации и сопровождаются крайне интенсивным аффектом.

2. *Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией (в 14–18 лет, чаще девочки)*. Во время, предшествующее попытке, происходит рациональный поиск наиболее безболезненного способа, не приносящего ущерба внешности, и прогнозируются возможные последствия своих действий, обеспечивается их безопасность для жизни — о своем намерении сообщается заранее окружающим.

3. *Суициды с мотивацией самоустранения (в 12–16 лет, с преобладанием девочек)*. У этих подростков никакого гетероагрессивного компонента нет, имеется чисто аутоагрессивная мотивация. Пресуицид сопровождается переживаниями страха. Даже при истинном стремлении уйти из жизни их намерение в момент покушения оказывается неустойчивым.

Аффективное суицидальное поведение — это такое поведение, которое связано высоким аффективным накалом, продолжающимся минуты, часы и реже сутки, проявляющееся в реализации появившейся мысли о необходимости ухода из жизни при сложившихся обстоятельствах. Такое поведение наблюдается в нескольких вариантах. Это может быть демонстративное поведение, развертывающееся на высоте эмоционального разряда. Возможно также, что аффективная суицидальная попытка будет сочетаться с демонстративными действиями с целью поразить воображение окружающих. Кроме того, не исключена вероятность совершения истинного покушения на свою жизнь на высоте аффекта.

Истинное суицидальное поведение отличается серьезно обдуманным, нередко длительно вынашиваемым желанием уйти из жизни. В этих случаях покушение планируется таким образом, чтобы не возникло никаких помех на пути реализации непреклонного намерения покончить с собой. Причиной истинного суицидального поведения часто оказываются идеи самообвинения, малоценности, греховности.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ

Знание особенностей произвольного ухода из жизни детей имеет большое значение для профилактики детских самоубийств и помощи тем, кто, наложив на себя руки, остался жить. При этом появляется возможность решить, в какой степени оправдано перенесение результатов наблюдений за взрослыми и подростками, решившими покончить счеты с жизнью, на детей.

Суицидальные мысли и намерения детей

Почти у третьей части наблюдавшихся нами психически здоровых детей в возрасте от 4,5 до 12 лет с суицидальным поведением появлялись мысли или намерения уйти из жизни. Наиболее частыми высказываниями этих детей были: «Не хочу жить»; «Как же жить?»; «Я никому не нужна». Иногда они сообщали близким людям о своих намерениях такими словами: «Лучше отравиться ядом», «А что, если броситься под машину?». Некоторые даже просят взрослых: «Мама, урони меня в тоннель на рельсы, хочу обломать себе голову».

Самым младшим из них оказался мальчик младше 5 лет. Здесь приводится описание этого случая.

С., 4 года 6 месяцев. Мать — художница, преподавала детям. Родила в 26 лет. Вспыльчивая, впечатлительная. Мальчик желанный.

Роды очень затяжные. У ребенка повреждены шейные позвонки. Принесли матери через 3 ч. «Новорожденный не смотрел и не брал грудь». Матери показалось, что его поза отличалась от позы новорожденного. Она решила, что ребенок ее не любит. Испугалась его поведения. Стало его жалко. Непрестанно «ревела». «Я его достала». Зажимала ему нос, чтобы брал грудь. На 9-й день — диагноз перинатальной энцефалопатии. Диспепсия, начавшаяся в 1 месяц, продолжалась до 6 месяцев. Была дистрофия. Не принимал материнского молока. Психомоторное развитие без особенностей. Первые слова — с 8 месяцев. Фразовая речь — с 1,5 года. Опрятен с 3 месяцев. Однако долгое время спустя после этого мог днем заиграться и обмочиться. На высоте температуры — непроизвольное упускание мочи. Сам пытался есть ложкой с 8-месячного возраста.

В годовалом возрасте обнаружены шумы в сердце, поставили диагноз миокардит. Тогда же заболел обструктивным бронхитом. В связи с почечной недостаточностью в реанимации была остановка сердца. Мать в этот момент пережила возможную смерть ребенка и была «готова повеситься». Мальчик с 1,5 года страдает бронхиальной астмой. В детский сад пошел с 3 лет. Мать в это время работала там же. Перенес скарлатину, ветряную оспу, бронхит. Обнаружили дистрофию сердечной мышцы. Ребенка перестали водить в детсад. Было начато закаливание ледяным душем, купанием в бассейне. Примерно с 2 лет 3 месяцев онанирует днем. В группе детсада кусал детей, воспитательницу, ранее кусал мать. В этот период времени было чувство вины за мастурбацию.

За месяц до обращения начал посещать прогулочную группу. Воспитательница ему понравилась. Сказал ей: «Мне плохо, не хочу жить, никто не понимает, все ругают, сердятся на меня, я решил утонуть». Так как он ходит в бассейн, то его угроза была понятна. Через несколько дней после этого дома за ужином заявил: «Я не хочу быть здесь, не хочу быть с вами, хочу быть в другом доме, с другими родителями». Его волнуют недетские проблемы жизни и смерти. Рассматривая альбом, он спрашивает: «Почему и зачем распят Христос?» Не плачет, когда ударится. Очень серьезен. Стал раздражительнее. Чаще злится, обижается, матери говорит: «Я тебя выброшу, я тебя стукну». «Я маленький птенчик, у меня злая мачеха, она меня била, обижала». Мать жалуется, что сын ее не слышит, не хочет слышать. Он заявляет матери: «Ты этого не знаешь, не учи меня», «Воспитательница лучше». Мать считает, что ребенок не любит ее с рождения. За собой она отмечает необычное качество: она не любит прикосновений к своему телу.

Заключение. Мать желанного ребенка восприняла с разочарованием, он ей, по-видимому, не понравился в силу недостаточной жизнеспособности. Сыграли роль ее сниженное настроение и ослабленное физическое состояние, явившиеся следствием очень затяжных родов. Она же интерпретировала свои чувства так, как будто сын с самого рождения ее не принял, не полюбил.

В дальнейшем очень болезненному и однажды умиравшему ребенку требовалось от матери больше любви и заботы. Однако ребенка пытались устроить в детское учреждение, где он не только заболевал соматически, но и очень скучал. Для изменения своего эмоционального состояния прибегал к онанизму. Дома, как и в детском саду, протестовал против складывавшихся отношений и кусал тех, кем был недоволен. Будучи сыном четы художников, много рисовал с самых малых лет. Цвета, которые он выбирал для своих рисунков, были мрачными, а просматривающиеся сюжеты безрадостными.

Как видно, особенным потрясением для мальчика, почти все время воспитывающегося дома, было желание родителей отдать его в прогулочную группу. Там он признался воспитательнице, сумевшей завоевать у него доверие, что не хочет жить. Он объяснил свое неприятие жизни непониманием родителей и их агрессией против него. Он уточнил, что именно сделает, чтобы прекратить свое существование (утонет). Своим родителям признался в нежелании быть с ними, в стремлении попасть в другой дом и к другим родителям. Был при этом намного серьезнее, чем любой сверстник. Его стали волновать проблемы жизни и смерти. Появилась особенная раздражительность, обидчивость и даже агрессивность в отношении матери. При этом объяснял свое поведение тем, что его обижают.

Суицидальное поведение ребенка может быть объяснено неприятием матерью своего ребенка, оказавшегося таким особенным и трудным. В результате представлений матери о том, что сын ее не любит, она не делала никаких усилий для понимания его душевных потребностей. Она фактически не понимала его индивидуальных особенностей и обделяла его эмоциональным теплом. Таким образом, она невольно создавала препятствия для формирования у сына адекватной привязанности к ней. В итоге эмоциональная значимость матери оказалась сниженной. Ребенку пришлось искать другую фигуру, от которой он мог бы получать необходимые для его развития положительные эмоции. С другой стороны, в связи с таким воспитанием у мальчика не складывались отношения с окружающими взрослыми и детьми. Постоянные разочарования мальчика привели к развитию у него депрессивного состояния. На этом фоне появились мысли о своей ничтожности, отверженности и необходимости ухода из жизни. Психопатологическая оценка этого случая — *психогенная депрессия у ребенка с последствиями органического повреждения ЦНС.*

Среди обстоятельств, приводящих наблюдавшихся нами детей к мрачным мыслям, наиболее часто встречается утрата эмоциональных привязанностей, объединяющих членов семьи. Свои чувства о родителях в связи с этим они выражали словами: «не любят», «обижают», «не понимают», «чужие».

Кроме того, у многих ребят возникало ярко выраженное болезненное чувство ревности к родителям, главным образом в связи с появлением новых членов семьи: отчима, мачехи, сиблинга. При этом они особенно серьезно страдали, когда в семье рождался сводный брат или сестра.

Тяжелое эмоциональное напряжение, связанное с крайне завышенными требованиями родителей или опекунов, которое испытывали дети, также иногда приводило их к мыслям о невыносимости жизни.

Мысли о нежелании жить у детей нередко связаны с возникающими у них из-за трудностей существования эмоциональными расстройствами. У некоторых детей основой для таких переживаний становятся более или менее типичные депрессии, у других чаще маскирующие их «усталость», «скуку» и другие соматические эквиваленты сниженного настроения. Аффективные реакции, появлявшиеся при глубоких разочарованиях и непереносимых обидах, также вызывали желание покончить с собой.

Истинные причины того, что дети утрачивают присущий им оптимизм и тяготятся жизнью, большей частью связаны с воспитанием в неблагополучных семьях, где они постоянно находятся в атмосфере скандалов, дебошей и пьянства. Значительное число родителей оказываются хроническими алкоголиками или отличаются антисоциальным поведением. При этом они пренебрегают своими материнскими и отцовскими обязанностями, мало заботясь о детях. Отказываясь от них в раннем возрасте, отдавая в детские учреждения, уходя из дома, они создают условия, приводящие к эмоциональной и сенсорной депривации. Иногда причиной суицидальных мыслей и высказываний детей оказываются издевательства и жестокое обращение с ними, а также в их присутствии — с другими членами семьи. В таких случаях дети, страдая от постоянных побоев, надругательств, страха из-за возможного лишения крова, боятся как за собственную жизнь, так и за жизнь своих близких родственников. При таком «воспитании» у детей из-за игнорирования их нужд, лишения всего необходимого (питания, одежды, игрушек) возникали препятствия для нормального эмоционального развития.

Не меньшую опасность для душевного здоровья детей, а вместе с тем и для развития мрачных мыслей даже во внешне благополучных семьях, представляло отвержение их родителями, что случалось, когда между родителями и детьми отсутствовало взаимопонимание и эмоциональный контакт. В таких семьях дети либо почти круглые сутки находились на улице, либо «занятые» родители не находили и минуты на общение со своими сыновьями или дочерьми. Препятствия-

ми для душевного контакта между родителями и детьми были перегруженность заботами о других членах семьи, болезни или другие недуги родителей.

В то же время объяснить суицидальное поведение наших детей только одними, хотя бы и драматическими внешними обстоятельствами невозможно. Описываемые грубые нарушения воспитания препятствовали гармоничному развитию их личностей. Этих пренебрегаемых и отчаявшихся детей объединяет в первую очередь выраженная и неустойчивая эмоциональность. У большей части из них имеет место склонность к аффективным вспышкам, у другой — преобладающая депрессивная окраска восприятия любых проявлений жизни и у третьей — эмоциональная лабильность. Поведение одних детей отличалось вспыльчивостью, агрессивностью, склонностью к разрушениям. Многие из них, стремясь изменить свою невыносимую жизнь, уходили из дома, бродяжничали, примыкали к антисоциальным компаниям, воровали, мошенничали, начинали вдыхать ингалянты и употреблять спиртные напитки. У части детей преобладали другие аффективные расстройства: дистимии, плаксивость, раздражительность, дневные и ночные страхи.

Также не вызывает сомнения, что на формировании их личностей сказалась наследственная отягощенность, характеризующаяся алкоголизмом, аффективной неустойчивостью и даже склонностью к самоубийству их родителей.

В результате депривации, отвержения, а иногда и жестокого обращения в семьях с детьми у половины из них возникли *декомпенсации* еще не сформировавшихся *дисгармоничных детских личностей*. У другой половины детей в ответ на неблагоприятные условия жизни в семье развивались достаточно стойкие для детского возраста и относительно типичные *депрессивные психогенные реактивные состояния*. У одной девочки суицидальные мысли были следствием возникшего в начале пубертатного возраста *конфликта гендерной идентичности*, связанного с отвержением девочкой соответствующей ее полу женской роли.

Совсем другая причина лежит в основе суицидального поведения детей, заболевших тяжелыми или летальными соматическими болезнями (острым лейкозом, злокачественными новообразованиями и др.). Здесь представлен один из таких случаев.

К., 8 лет. Мать — жесткая, вспыльчивая. Отец — мягкий по характеру, привязан к девочке, страдает язвой желудка. Сестра — 6,5 года, крупнее и физически сильнее. К. очень ревнует к сестре. Из-за ссор вместе играть не могут.

К. от 2-й желанной беременности (после 5-летнего бесплодия). Родилась в длительных родах 8-месячной. Первые 3 месяца питалась только из рожка. Обнаружена перинатальная энцефалопатия. Психомоторное развитие было нормальным. В детском саду с 2 лет, болела ангиной, бронхитом, отитом. Девочка пытливая, способная, инициативная, самостоятельная, возбудимая. Обучалась в школе с 7 лет. Хорошо рисовала, без труда научилась читать и писать. Сверстники ее уважают.

В 7 лет тяжело переживала помещение в больницу по поводу диабета. Затем заболела обструктивным бронхитом. Декомпенсированный диабет осложнился кетоацидозом. Появилась легко возникающая даже от небольших напряжений утомляемость. Сновидения стали устрашающими: «Ночью руки тянутся ко мне». При пробуждении возникали страхи. Боялась рассказываемых сказок. Изменилась в поведении, стала эмоционально неустойчивой, раздражительной, вспыльчивой, злой и агрессивной. Не признавала своих ошибок и вины. Отказывалась от лечебных процедур. Стала хуже учиться. Возник конфликт с учительницей, которая накричала на девочку.

При появлении гипогликемии становится агрессивной даже к матери. Легко, практически без видимого повода ухудшается настроение. Заявляет о нежелании жить. Отказывается от еды и инсулина. Говорит, что хочет избавить родных от мучений с нею.

Обнаружены обменные нарушения миокарда, нестабильность венозного оттока из мозга, худшего слева. На ЭЭГ — диффузные изменения биоэлектрической активности, дизритмия. Истощена. Имеются неврологические симптомы.

Заключение. Причина суицидального поведения (высказывания о нежелании жить, отказы от еды, лечения) девочки из благополучной семьи связана с декомпенсированным диабетом. Однако эта связь не является прямой, даже несмотря на наличие тяжелой соматической (кетоацидоз, истощение и т. д.) и неврологической патологии. Под влиянием диабета возникла тяжелая для девочки психологическая ситуация, состоящая в отрыве от родителей при госпитализации, в болезненном лечении и в целом ряде других неудобств в семье, болезненно переживаемых девочкой. Эти обстоятельства в сочетании с серьезной соматической симптоматикой, требующей особенного внимания и заботы не только медиков, но и родителей, вызвали у девочки депрессию. Она протекает тяжелее из-за имеющихся органических изменений в ЦНС. Именно из-за того, что к психогенным механизмам присоединилась соматогенная патология, тяжесть переживаний для девочки оказалась невыносимой. Толчком для суицидальных высказываний и поведения, по-видимому, послужило ухудшение соматического состояния и сопутствующее переживание при этом страха из-за ощущения беззащитности и отсутствия перспективы. Клинический диагноз: *реактивное состояние, осложненное тяжелой соматической симптоматикой (диабет) и поражением ЦНС.*

Демонстративные попытки самоубийства

Значительно меньшее число из наблюдавшихся нами детей, воспитывающихся в очень неблагополучных семьях, демонстративно угрожали покончить с собой. Они либо шантажировали родителей тем, что отравятся, зарежутся, утопятся, либо доказывали серьезность своих «намерений», забираясь на перила лестницы на высоком этаже или становясь на подоконник окна. Такое поведение, которое даже в опасных ситуациях не заканчивалось трагически, провоцировалось неспособностью детей справиться со школьной программой, конфликтами и обидами в семье, а также разочарованиями в детских «любовных» отношениях. Однако своеобразие такого поведения определялось не столько трудной ситуацией, сколько особенностями детей, отличающихся истерическими чертами личности.

В одних случаях это были декомпенсации истерических расстройств личности, в других — реактивные состояния у детей с истерическими чертами личности, в третьих — ситуационные реакции. У одного ребенка в связи с тяжелой семейной ситуацией, с его постоянными избиениями и соматическим заболеванием развился истерический психоз.

Покушения детей на свою жизнь

Более половины наблюдавшихся нами детей совершили покушения на свою жизнь. Только случайное постороннее вмешательство или стечение обстоятельств не позволили им завершить задуманное. Более четверти этих детей пытались выброситься из окна, спрыгнуть с крыши или с дерева. Примерно такое же число детей принимали десятки таблеток различных лекарственных средств. Многие душили себя шарфами, полотенцами, подушками или вешались (так, один ребенок повесился на дверной ручке). Остальные бились головой об стенку или резались ножом, бритвой и другими острыми предметами, а также бросались под автомобиль.

П., 9 лет. Двоюродный дядя совершил суицид. Мать — заботливая, чрезмерно опекала ребенка, развелась с отцом ребенка 4 года назад. Мальчик переживал уход отца, был заторможен, суетлив, были необычные высказывания. Лечился около 1,5 месяца. Мальчик встречался с отцом. Отчим относился к ребенку безразлично. В семье живет тетка с дочерью. У мальчика — отдельная комната.

Мальчика от 6-й беременности, протекавшей с пиелонефритом, и вторых родов. От 1-й беременности — уже взрослая сестра. Родился на 26-й неделе, масса — 930 г. 2,5 месяца выхаживали. В 1 год 4 месяца начал ходить. Диагностирована перинатальная энцефалопатия. Обнаружен врожденный порок сердца. В 8 лет — черепно-мозговая травма.

В детсаду удержался недолго, плакал, не отпускал мать. Кусал детей, которые хотели с ним играть. В 5 лет в связи с эмоциональной неустойчивостью обращались к психиатру.

С 7 лет в школе, справлялся с программой. Во 2-м классе перешел на домашнее обучение, так как был неусидчив, срывал занятия, не подчинялся школьному распорядку. За последний год стал угрюмым, агрессивным к кузине. Появились неистовство, озлобленность, негативизм. Обнаруживал необычную жадность. Постоянно возникали аффективные разряды, психомоторное возбуждение. Под ковром держал бритву и шприц. Ссорился с кузиной, когда она брала его вещи. Появились суицидальные высказывания: «Перестало хотеться жить». Заявил, что утопится в пруду. Бился головой о стенку, хотел умереть. Обещал: «Сброшусь с дерева, чтобы убить себя». Душил себя теннисной сеткой.

Заключение. Родился от неблагополучной беременности маловесным, недоношенным ребенком с серьезным пороком сердца. Эмоциональное созревание протекало с отклонениями. Был очень ранимым, сформировалась аффективная вспыльчивость. В дошкольном возрасте появившиеся агрессия и недисциплинированность стали препятствием для нормального общения и посещения детского учреждения. В 5 лет пережил травматическое стрессовое расстройство в связи с расставанием с отцом из-за развода. Так как с отцом иногда встречается, то не может полностью изжить обиду.

В школе удержаться во 2-м классе не смог из-за неуправляемого поведения. Ухудшение, по-видимому, связано с развившимся соперничеством между ним и кузиной, получавшей, по его мнению, несправедливо больше внимания и любви. Диагноз: *аффективная взрывчатость у ребенка с органическим повреждением головного мозга.*

Суицидальные мысли и намерения у наблюдавшихся детей появлялись на фоне продолжительно сниженного настроения, были стойкими и серьезными. Суицидальные поступки в связи с их настойчивостью, повторением вне зависимости от ситуации, вероятно, можно рассматривать как покушения. Качество и опасность этих покушений отличается от того, что наблюдается у подростков своей кажущейся несерьезностью и «демонстративностью».

Толчком им провоцировавшим покушения на свою жизнь, у этих детей были различные и иногда, с точки зрения взрослого, не слишком серьезные события. Среди провоцирующих ситуаций отмечались плохие оценки, исключение из учебного заведения, оскорбление, ссора с любимым человеком, разбитое окно, замечание или избиение родителями.

Только у двух наблюдавшихся детей мотив для самоубийства казался недостаточно ясным, у подавляющего большинства детей он вытекал из их трудной, а у многих из-за невозможной для нормального существования жизни.

Причин для покушений на суицид у них было более чем достаточно. Практически все воспитывались в семьях с очень неблагоприятным психологическим климатом. В одних случаях они чувствовали себя отверженными из-за большего внимания, которое доставалось другим членам семьи, а иногда даже из-за отказа от них. В других они оказывались под жестким давлением безразличных воспитателей, требовавших от детей невыносимого эмоционального напряжения и/или непосильного физического усилия. Часть из них к тому же подвергалась истязаниям и издевательствам главным образом со стороны пьющих отцов или психически нездоровых родителей обоего пола. Некоторых детей то воспитывали дома, то отдавали, нанося детям душевную травму, в закрытые детские учреждения. Однако и там, и там они чувствовали себя чужими. И даже немногие дети из «благополучных» семей либо в начале своей жизни оказывались в ситуации депривации, либо никогда не чувствовали, что родители заинтересованы в их судьбе.

Почти все дети, совершившие покушение на свою жизнь, были аффективно вспыльчивыми, агрессивными. Около половины из них вместе с другими бродяжничали, воровали, вдыхали ингалянты, пробовали алкогольные напитки. Многие дети в связи с антисоциальным поведением и непосещением школы наказыва-

лись родителями, были на учете в милиции. Если одни крайне бурно реагировали на неблагоприятные обстоятельства, то другие были очень чувствительными, впечатлительными, постоянно испытывавшими различные страхи. Они глубоко и долго переживали неприятие, обиды или разочарования.

Таким образом, у большей части детей уже наблюдались признаки расстройства формирующейся личности. С полным основанием можно сказать, что в их формировании принимала участие отягощенная алкоголизмом, самоубийствами и психическими заболеваниями наследственность.

У половины детей, совершивших описанные покушения, было *реактивное состояние*, у трети распознана *декомпенсация расстройств личности,* а у пятой части — *ситуативная реакция*. У одного сенситивного, ответственного и соматически ослабленного ребенка из семьи, отягощенной психическими и неврологическими заболеваниями, под влиянием школьных неудач развился *психогенный психоз*. Еще у одной девочки, страдавшей ревматизмом, суицидальное поведение возникло по механизму *реакции короткого замыкания*. Мать и старшая сестра постоянно ее избивали. На фоне жестокого с ней обращения замечание матери из-за случайно разбитого окна привело ее к повешению.

Общие особенности суицидального поведения детей

В связи со сказанным, вряд ли оправданно, как это делается при анализе суицидального поведения взрослых, выделять в детском суицидальном поведении истинные покушения и демонстративные поступки. У детей невозможно убедительно отдифференцировать истинные стремления ухода из жизни от демонстративных попыток, нацеленных на получение преимуществ, льгот или желаемых вещей. В то же время суицидальное поведение детей имеет несколько особенностей.

Во-первых, дети, стремящиеся уйти из жизни, отличаются от других детей, как и от взрослых суицидентов, тем, что воспитывались в условиях, которые помешали им сформировать глубокие привязанности к своим родителям. Это, в свою очередь, воспрепятствовало появлению каких-либо серьезных интересов, которые могли бы удерживать их от суицида. Совершая покушения, они без серьезных сожалений оставляют родителей, братьев, сестер, прародителей. Они были лишены опыта переживания глубоких чувств и не могут представить их у других людей.

Во-вторых, детские суициды в отличие от таковых у взрослых и даже подростков провоцируются незначительными событиями в жизни.

В-третьих, применяемые средства для ухода из жизни не соответствуют выраженности их желания и случайно приводят либо к очень серьезным нарушениям здоровья, либо практически не приносят никакого вреда.

В-четвертых, характер суицидального поведения зависит от степени понимания детьми необратимости смерти.

В-пятых, суицидальное поведение детей определяется констелляцией многих неблагоприятных факторов, из которых самыми важными представляются следующие:

1) депривация, отвержение, жестокое обращение в раннем возрасте, приводящие к нарушению формирования привязанности детей к своим родителям;

2) семейное воспитание, препятствующее гармоническому формированию детской личности;

3) наследственная отягощенность самоубийствами, алкоголизмом и психическими заболеваниями, передающими предрасположенность к нервно-психическим расстройствам и чувствительность к неблагоприятным факторам среды;

4) последствия органических поражений головного мозга (черепно-мозговой травмы, менингоэнцефалита);

5) хронические соматические заболевания (ревматизм) или неоднократные истощающие болезни;

6) переживания физической, умственной или другой имеющейся или воображаемой неполноценности;

7) переживание своей незащищенности, бесперспективности, ненужности, опустошенности, являющихся, как правило, эквивалентами депрессивного состояния.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Для лучшего понимания механизмов суицидального поведения психически здоровых детей нами произведено сравнение их поведения с таким же поведением 50 сверстников, страдающих психическими заболеваниями: шизофренией, умственной отсталостью, эпилепсией, аффективным психозом и др.

Формирование мотива суицидального поведения у больных с психическими расстройствами зависит от еще сохранной психической деятельности, психогенных воздействий или психопатологической симптоматики (Пепеляева Т. И., 1989).

У пятой части наблюдавшихся психически больных детей мысли, намерения покончить с собой и покушения появлялись в связи с реальными, трудными для детей обстоятельствами. Они возникали в связи с потерями (смерть матери), неприятием тех обстоятельств, в которых они жили в семье (драки в семье, жестокое обращение с ними), или в связи с фрустрациями, вызванными различными причинами (не справился с программой школы). Это случалось также в связи с уличением в воровстве, из-за того, что мать выкинула хомяка и не купила рыбку, из-за того, что «дразнят нищенкой, безотцовщиной», исключили из школы, хотят отправить в больницу, переводят «в школу для дураков».

У такого же числа больных детей стремление уничтожить себя было обусловлено возникновением болезненных (бредовых или сверхценных) идей: «Бог от меня отвернулся»; «Думала, что ко мне плохо относятся окружающие люди»; «Решила, что родители умерли, и мне не надо жить»; «Хотела умереть раньше мамы, чтобы не остаться одной»; «Нет свободы, кругом чудища»; «Хотят убить»; «Не нахожу общего языка».

У некоторых ребят суицидальное поведение можно было объяснить галлюцинаторными переживаниями. Больные утверждали, что голоса им «велели не жить», что приказывали «покончить собой», «съесть таблетку», «прыгнуть с 15-го этажа».

Поведение почти трети больных определялось дисфорическими расстройствами («зла на мать, жить не хочется», «довели до нежелания жить») или депрессиями («так плохо, что жить не хочется», «скучно», «хуже всех»).

Суицидальные высказывания и покушения иногда возникали на высоте аффекта. Были также и импульсивные покушения на свою жизнь.

У половины описываемых детей наблюдались различные формы агрессивного и разрушительного поведения. Они были злобными, жестокими, участвовали в драках. Некоторые из них истязали и убивали животных, угрожали расправиться со сверстниками, убить своих родителей, набрасывались на них с ножом.

У многих больных детей возникали страхи смерти, чужих людей, темноты, школы. Часть из них уходили из дома или интерната, бродяжничали, пытаясь сменить свою постылую семейную жизнь на участие в асоциальных компаниях.

Л., 12 лет. Мать — почтовая служащая, холодная, примитивная женщина. Отец — грузчик, дебошир, вор, ушел из семьи полгода назад. В 4 года была сексуально использована отцом, инцестуозные отношения с ним некоторое время продолжались.

В школе с 7 лет, успеваемость посредственная. Были конфликты с соучениками. Уроки просиживала под партой. Никого не любит в школе. Ее также не уважают и не любят. Считают тупой. Девочка лживая, ворует у соседей деньги, вещи, еду. Собирает на помойке вещи. Эмоционально холодна. Злая, грубая, ненавидит мать, брата, сестру. Жестоко избивает 5-летних двойняшек. Выворачивала руки детям. Молотком убила кошку. Рисунки постоянно на одну и ту же тему — космос. Впервые мысли о том, чтобы зарезаться, появились в 6 лет. Неоднократно суицидные мысли приходили вновь: «Жить не интересно, умрешь тихо, темно, никто не тревожит». После поминок умершего деда слышала, как он стучал в окно. Ночью за девочкой гнались мертвецы. Убегала из дома.

За день до 12-летия «в мозгах услышала голос». Он говорил как робот: «Съешь таблетки, чтобы умереть». С голосом пререкалась. Встретив знакомую, сказала ей: «Наверное, умру». В школе на перемене на глазах у всех приняла таблетки анальгина, эритромицина.

В 12 лет появились *menarche*.

Заключение. Девочка многократно переносила эмоциональные потрясения в связи постоянными драками и скандалами между родителями. Из-за рождения младших детей не получала должного внимания и заботы. Особенно тяжелым для нее был стресс изнасилования отцом. Депрессивные переживания проявились нарушениями поведения, возникли суицидальные мысли. На потерю деда отреагировала реактивными психотическими симптомами. Появление первых менструаций совпало с возникновением стойкого псевдогаллюцинаторного синдрома. Именно галлюцинации послужили последним толчком к реализации давних мыслей о необходимости уйти из жизни. Психопатологическая оценка девочки — *шизофрения.*

Психически больные дети, желая покончить с собой, очень часто использовали особенно опасные способы самоубийства. Многие из них, например, стремились отравиться, для чего принимали множество таблеток разных лекарств, выпивали стеклоочиститель или другие технические жидкости. Они пытались выброситься из окна, с балкона, в пролет лестницы. Нередко также происходило удушение колготками, шнурами, подушкой. Некоторые дети совершали порезы острыми предметами, кололи себя иголками, раздирали кожу. Были и такие дети, которые бросались под транспорт, пытались утопиться.

Стремление детей уйти из жизни было определено не только психопатологией, но и невыносимыми условиями воспитания. Возможно, что у части детей был другой механизм развития суицидального поведения: семейная среда провоцировала развитие психического заболевания, а оно, в свою очередь, вызывало болезненную реакцию на существование в неблагополучной семье.

Следующий пример иллюстрирует суицидальное поведение *умственно отсталого ребенка.*

В., 10 лет. Мать страдает алкоголизмом, поведение антисоциальное. Ушла из дома, лишена родительских прав. Отец умер в 33 года от туберкулеза. Живет с бабушкой. Имеет сестру 14 лет и брата 13 лет.

Девочка от 3-й беременности, прошедшей на фоне алкоголизации. Обнаружена туберкулема мозга. Начала ходить после года. Первые слова к 3 годам. До 2,5 года в туберкулезной больнице. Затем воспитывалась матерью, которая постоянно была в пьяной компании. С 5 лет в течение месяца была в детском саду. В 6 лет собутыльники матери напоили девочку и бросили. С 9 лет в школе. Вскоре заболела, не посещает занятия. Переведена в коррекционную школу VIII вида. Девочка агрессивная, упрямая. Во время аффективной вспышки угрожая бабушке и матери убить их, хватает нож. Жалуется на боли в груди. Интеллектуальное развитие соответствует легкой степени умственной отсталости. Будучи в дисфории, с целью самоубийства приняла клофелин. В бессознательном состоянии попала в дезинтоксикационное отделение, а оттуда в психиатрическую больницу.

Заключение. Девочка с раннего детства была лишена возможности сформировать привязанность к матери, так как последняя, случайно забеременев, не обращала на нее внимания и не заботилась о ней. Более того, в связи с болезнью в самый чувствительный период

жизни она находилась в больнице, где ее воспитывал многочисленный персонал. В семье на девочку негативное влияние оказал образ жизни матери и ее окружение, которые способствовали формированию у нее заниженной самооценки, подавленной агрессивности и неустойчивого настроения. Разочарования и обиды, перенесенные ребенком, сказались в ее аффективной взрывчатости, злобности и агрессивности. В силу примитивности у нее отсутствовали какие-либо интересы. Обстоятельства сложились так, что у нее не было человека, к которому она была бы серьезно привязана. В связи с этим не вызывает удивления, что в состоянии аффективного возбуждения она присущую ей агрессивность направила на себя. Клинический диагноз: *легкая степень умственной отсталости, расстройство личности по возбудимому типу.*

В основе суицидального поведения умственно отсталых детей лежат нарушения поведения, связанные с эмоционально-волевой неустойчивостью или аффективной взрывчатостью. Толчком к возникновению суицидального поведения нередко были затруднения в освоении школьной программы, неспособность установить взаимоотношения в интернате и т. д. Условиями для появления суицидального поведения чаще всего были дисфорические или депрессивные состояния. Причиной же послужили нарушенные семейные отношения, вызвавшие депривацию, отвержение и в конечном итоге недоразвитие эмоциональных основ личности.

Вопросы

1. Расширенное определение понятия «суицид». 2. Понятие суицидального (парасуицидального) поведения. 3. Виды суицидов. 4. Распространенность суицидов в России. 5. Динамика суицидов подростков во всем мире. 6. Группы повышенного риска суицидального поведения. 7. Концепции, объясняющие возникновение суицидального поведения. 8. Причины и условия возникновения суицида у подростков. 9. Психологические потребности, фрустрациями которых объясняют возникновение суицида. 10. Личность суицидента. 11. Особенности суицидального поведения у детей. 12. Постсуицидальный синдром.

Литература

Ефремов В. С. Основы суицидологии. — СПб. : Диалект, 2004.
Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. — СПб. : Речь, 2004.
Пурич-Пейакович Й., Дуньич Д. Самоубийство подростков. — М. : Медицина, 2000.
Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. — М. : Когито-Центр, 2005.

Глава 30. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Понимание своеобразия клинической картины психических расстройств у детей, ее нетипичности, изменчивости, связанности с возрастными соматическими и психическими особенностями позволяет сформулировать общие принципы их лечения, но не может предопределить всю терапию — в полном объеме и до мельчайших подробностей. Терапия всегда индивидуальна, она находится в зависимости от времени ее начала, эффективности, реакции личности ребенка как на болезнь, так и на само вмешательство. Она — продукт сплава профессионализма и искусства, творческого поиска и гуманного отношения к пациенту со стороны специалиста. Нет таких заболеваний, в этиологии и патогенезе которых не участвовали бы и психические, и соматические факторы. Необходимо сочетание медикаментозной терапии и психотерапии в разных соотношениях на разных этапах лечения. В детской психопатологии значение такого подхода усиливается в связи с тем, что чем менее зрелая личность, тем она более внушаема, податлива на воспитательное воздействие, пример и поддержку авторитетной фигуры.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Выбор терапии нервно-психических и психосоматических расстройств у детей должен исходить из некоторых основополагающих принципов, задающих направление поиска наиболее подходящих методов и средств (Каган В. Е., 1996).

Принцип системности

Целесообразна комплексная, комбинированная терапия психических расстройств, т. е. необходимость сочетанного одновременного параллельного воздействия на биологический и психический компоненты заболевания.

Принцип «клиники терапии»

Одно и то же заболевание у одного и того же ребенка на разных этапах лечения представляет разные стороны патогенетических механизмов. Примером может быть терапия невроза, когда успешное применение психотерапии фобий и других нарушений психогенного характера приводит к тому, что на первый план выступает резидуально-органическая неврозоподобная симптоматика, не поддававшаяся психотерапии, а требующая использования медикаментов.

Принцип индивидуализации

Положение о том, что следует лечить не болезнь, а больного, должно быть уточнено: необходимо лечить определенную болезнь у определенного больного. Принцип индивидуализации в равной мере касается и выбора средств лекарственной терапии, и выбора путей и методов психологической коррекции и психотерапии. Ребенок уникален как индивид (организм) и как индивидуальность (личность), а тем более как единство индивидного и индивидуального.

Принцип опосредованности

Ни одно средство лечения не свободно от эффектов психического опосредования. Можно выделить несколько его видов:

а) собственные установки ребенка — страх перед лечением, предрассудки о «постыдности» болезни и обращения за помощью;

б) установки родителей, когда их мнения или чувства прямо сказываются на действии тех или иных терапевтических воздействий;

в) установки специалиста — эффекты использования тех или иных средств и методов зависят от отношения к ним специалиста (врач или психолог, верящий в конкретный метод терапии, получает у своих клиентов лучший эффект, чем специалист, сомневающийся в этом методе);

г) внешние характеристики медикаментов (психотерапевтические методики) и способы их введения (осуществления) — инъекции воспринимают как сильнодействующее средство, а тот же препарат в таблетках — как более слабое.

Принцип отношений

Любое лечение — не воздействие на болезнь или больного, а процесс отношений специалиста и ребенка (и его семьи). В этой системе отношений есть осознаваемые и бессознательные цели, ожидания, мотивации всех участников лечебного процесса. При этом принципиально важно не сводить отношения исключительно к тому, что о них могут сказать психолог (врач) и пациент, — мотивация отношений слишком часто не осознается. Пациент может страстно желать исцеления, но бессознательно отождествлять специалиста с нелюбимым родителем. Психолог (врач) может стремиться помочь пациенту, но иметь бессознательные ассоциации ребенка с неким неприятным для себя лицом. И то и другое, а особенно сочетание такого переноса и контрпереноса, может лишать отношения специалиста и пациента смысла.

Принцип среды

Среда (одушевленная и неодушевленная) включена в систему лечебных отношений и является их существенным элементом. Прежде всего это касается среды лечебного, коррекционного учреждения, санатория: эмоциональной атмосферы, уюта и удобств для персонала и для пациентов. К сожалению, безликая среда в учреждениях нередко диссонирует с духом терапии.

Принцип гуманизма

Терапия не может быть удовлетворительной, если ее средства и методы игнорируют интересы личности ребенка и ее развития. Никакая лечебная цель не оправдывает средств, посягающих на личностную уникальность ребенка, его право «быть самим собой», его чувство собственного достоинства и интимности — телесной и психологической.

КЛИНИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Специфика терапии психических расстройств заключается в том, что основные ее пути связаны с воздействием на этиологию и патогенез заболевания.

Роль эмоционального стресса и его проявлений (тревоги, депрессии) очень существенна как в происхождении психогенных и психосоматических расстройств, так и в провокации многих других психических расстройств, а также в возникновении осложнений у детей с отклонениями в развитии. Это требует введения в терапию транквилизаторов, антидепрессантов, адаптогенов.

Процесс адаптации детей к условиям общеобразовательных и коррекционных дошкольных и школьных детских учреждений, а также лечебных стационаров — это комплекс психогенных и/или психосоматических реакций, запускаемых эмоциональным стрессом. Для профилактики состояний дезадаптации используют комплекс из экстракта элеутерококка (стимуляция защитных сил организма, адаптогенный эффект), диазепама (анксиолитический, противотревожный эффект).

Личностные концепции терапии психических расстройств опираются на различные теории личности. Их можно разделить на две группы. Одни концепции основываются на изучении жизненного пути личности как совокупности событий и отношений (Мясищев В. Н., 1960). Другие рассматривают судьбу личности в связи со способами переживания жизненных событий, а не с самими событиями (Василюк Ф. Е., 1984).

Холистические концепции терапии психических расстройств опираются на представления о целостности человека и принципиальной неделимости на душу и тело. Многие методы холистической терапии относят к разряду так называемых нетрадиционных видов лечения, связанных с биоэнергетическими воздействиями и процессами, особыми состояниями сознания. К этим методам близка суггестивная терапия в различных ее модификациях.

Концепции семейной терапии учитывают особую роль, которую играет семья в жизни ребенка, формировании его личности и физического развития, а также в происхождении психических и психосоматических расстройств.

Эти концепции терапии являются взаимодополняющими.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Отношение специалистов к психотерапии психических и психосоматических расстройств у детей очень противоречиво. Среди причин трудностей психотерапии в этих областях — роль биологических факторов; вызываемое различными причинами сопротивление пациента; негативное значение контрпереносных реакций у (специалистов); недостаточная подготовка врачей и психологов в области психических и психосоматических расстройств у детей, непонимание ее преимуществ перед биологической терапией.

Одна из наиболее значительных сфер психотерапии — опосредование и потенцирование воздействий медикаментов. Это один из принципов терапии психических расстройств. Назначение лечения — это лишь одна сторона терапии. Как выполнены назначения и как они восприняты и приняты ребенком и/или семьей — другая сторона, гораздо больше влияющая на эффективность лечения. Большое значение имеют знания врача (психолога) об использовавшихся ранее средствах, их эффектах, отношение к различным видам терапии, умение использовать психотерапевтические приемы разъяснения, убеждения и внушения при назначении биологической терапии (медикаментов). Чем младше ребенок, тем более важна роль родителей. Родители (а при возможности и дети) должны получить не только четкие указания, как выполнять назначения, подчеркивающие важность лечения, но и модель ожидаемого эффекта от терапии. Для этого тот, кто проводит лечение, должен быть уверен в его необходимости, а, значит, индуцировать своей убежденностью пациента и семью. Важно знать ожидаемые основные и побочные воздействия от терапии, чтобы иметь возможность учитывать специфику соматических и психических реакций ребенка, его индивидуальные особенности, отношение семьи к лечению и т. д. При использовании лекарств приходится считаться с тем, что многие родители относятся к ним настороженно. Поэтому каждое назначение требует особо тщательного объяснения роли медикамента в лечебном

процессе, предупреждения о возможном изменении самочувствия в период лечения. Это опосредование может осуществлять любой специалист, курирующий ребенка.

Нередко родители обращаются к психологу (врачу) с готовой моделью желаемого лечения и настаивают на ее осуществлении. В этих случаях специалист сталкивается с важной и очень непростой задачей: точно оценить истинное значение таких пожеланий. Иногда они обоснованны и разумны, тогда их можно обсудить и принять. Однако за настойчивыми требованиями назначить гипнотерапию, труднодоступные варианты обследования, направить на госпитализацию или консультацию к «знаменитостям» нередко кроются мотивы, связанные с возникновением или поддержанием болезненного состояния ребенка. Каждый из таких случаев требует кропотливого анализа, позволяющего понять неосознаваемые семьей мотивы, и психотерапевтической работы с семьей.

Подготовка к психологическим основам обслуживания и ухода должна стать обязательной частью формирования профессиональных навыков, так как она определяет профессиональную подготовленность.

Важная роль в психотерапии принадлежит установлению терапевтического контакта. Одни подчеркивают значение для контакта эмпатии, другие придают большее значение деловому содружеству (последний, особенно при работе с детьми, невозможен без эмоциональных связей специалиста и пациента, специалиста и семьи). От терапевтического контакта зависит, как организуется и функционирует терапевтическая система «семья — ребенок — врач». Слово специалиста, в тех случаях, когда контакт выработан и развивается, имеет дополнительное саногенное (оздоровляющее) значение. Основой формирования терапевтического контакта являются сформулированные K. Rogers (1951) принципы клиент-центрированной терапии. Ребенок, когда позволяет его возраст, и родители должны почувствовать, что «меня (нас) стремятся слышать и понимать». Разумеется, сценарий встречи у психолога (педагога), формирующей контакт, будет отличаться в зависимости от поставленных клиентом задач.

Даже исходно хороший контакт в работе с хроническими больными или при пессимистическом прогнозе будет подвергаться многократным испытаниям. Это тяжелая эмоционально-личностная нагрузка для всех участников терапевтической системы. Для семьи и ребенка важен поддерживающий и реалистический взгляд специалиста на ситуацию: его отстраненность и утешения одинаково плохи. Возможности специалиста также не беспредельны. Он не может каждый раз идентифицировать себя со своими больными и их родителями, страдать и умирать вместе с ними. Оптимальный выход из подобных ситуаций состоит в использовании приемов психологической разгрузки и релаксации.

Психотерапия детей с психическими и психосоматическими расстройствами определяется не только необходимостью разрешения трудных жизненных обстоятельств, лежащих в основе развившегося заболевания, но и этапами психического развития ребенка.

В возрасте 2,5—4 лет, т. е. в период самоутверждения, становления личности, формирования самооценки и системы отношений, выбор психотерапевтического метода у ребенка с психическим расстройством обусловлен основными психологическими проблемами ребенка, участвующими в их патогенезе. Помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания, можно применять методы игровой психотерапии, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками.

В возрасте застенчивости (4—7 лет) круг психотерапевтических вмешательств расширяется. Ребенка с психическим расстройством включают в семейную и ин-

дивидуальную (разъясняющую) психотерапию, в групповую психотерапию. Задача последней — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их успешного изображения и преодоления в игре.

В 7—8 лет во время адаптации в общеобразовательной или коррекционной школе психотерапия ребенка, страдающего психическим расстройством, направлена на преодоление коммуникативных трудностей, поскольку именно они оказываются основными в происхождении заболевания. В этом возрасте наряду с семейной и индивидуальной психотерапией рекомендуется использовать поведенческую психотерапию: контактную десенсибилизацию, эмотивное воображение, парадоксальную интенцию, тренинг самоутверждения. Групповую психотерапию полезно сочетать с семейной психотерапией.

В подростковом возрасте при психических расстройствах наибольшую пользу могут принести методы личностно-ориентированной психотерапии, семейной и групповой в интеракционной и структурной моделях.

Суггестивная терапия

Это внушение в гипнотическом или бодрствующем состоянии, используется для отвлечения от болезненных переживаний, утверждения положительного эмоционального отношения к специалисту, для приведения в состояние отдыха и т. д. Однако суггестия детей осложняется тем, что при высокой внушаемости в дошкольном возрасте их гипнабельность значительно хуже, чем у взрослых. Добиться глубокого гипнотического состояния не удается, ребенок может заснуть обычным сном. Старшие дети и подростки лучше поддаются гипнотическому внушению, и его применение может быть эффективным. Ограничением, которое может снижать его эффективность, является возраст. При работе с детьми до 7 лет гипнотизация — понятие условное. Чаще речь идет о поверхностной релаксации, облегчающей внушение, либо о внушении в естественном поверхностном сне. У малышей может быть более эффективным «материнский гипноз», когда предварительно обученная мать сама перед ночным сном проводит релаксацию и внушение. Ограничением может быть негативная установка по отношению к гипнозу, страх («не проснусь») или предрассудки («лишает воли»). В таких случаях может помочь разъяснение. Частичным ограничением следует считать и установку семьи на гипноз: за этим часто кроется неосознаваемое стремление родителей снять с себя ответственность за состояние ребенка и целиком переложить ее на врача. Наконец, психотерапевт должен ответить на вопрос, в какой мере гипнотерапия будет средством симптоматической или патогенетической помощи.

Многие специалисты, работающие с детьми, предпочитают непосредственное или косвенное внушение наяву, используя также и эффекты самовнушения. Обращаются и к творческому потенциалу ребенка, к игре. В методологии психосинтеза используют активное направленное воображение: где-то в галактических пространствах, например, летает неизвестный космический корабль (болезнь), выстрелы с которого поражают те или иные органы пациента, а он должен отыскать его и уничтожить. В игре сочетается возможность отреагирования негативных переживаний, творческой аутосуггестии и косвенного внушения.

Большие возможности для психотерапии открывают отдельные приемы и система творческого самовыражения (Бурно И. Е., 1989). Эффективность этого метода состоит в обращении к целостной личности, а не к какой-то отдельной ее стороне, углублении чувства аутоидентичности, рефлексивных и эмпатических способностей, активного вовлечения ребенка в процесс психотерапии. Используют для этого рисование, лепку, танец, техническое, поэтическое и прозаическое

творчество, групповые обсуждения, переписку. Выбор средств зависит от специфики учреждения (коррекционного, лечебного или общеобразовательного) и от возраста детей. Важно создать простор для реализации индивидуальных склонностей и способностей, придать занятиям психотерапевтическое содержание.

Когда в основе психических расстройств лежат подавленные или вытесненные комплексы, влечения, переживания, продуктивно обращение к психоанализу. Полезно приложение методического подхода к пониманию и интерпретации расстройства в целом и его отдельных проявлений, использование элементов психоаналитической техники (Фрейд А., 1927). Их можно применять в комплексе с релаксацией в индивидуальной и групповой работе.

Рациональная (разъясняющая) психотерапия

Рациональная психотерапия — это логическое воздействие на психику больного с целью изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести. Основные направления — выработка вместе с ребенком (подростком) жизненных установок, соответствующих ситуации с использованием логического убеждения и лечебного перевоспитания. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение ребенка к своему состоянию. Для этого нужно уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания. Лучшему пониманию и реагированию способствуют заранее подготовленные детьми рассказы на житейские или фантастические темы. Применяется разыгрывание в лицах ситуаций, предложенных ребенком. Детям предлагают незаконченные истории, завершение которых предполагает разрешение конфликтных обстоятельств согласно личному опыту, что облегчает понимание собственных трудностей. Разрешению этих проблем и лучшему приспособлению способствует проигрывание завершающей части историй.

Аутогенная тренировка

Посредством *аутогенной тренировки*, самовнушения (тренировочной психотерапии) достигается расслабление поперечно-полосатой мускулатуры тела и гладкой мускулатуры внутренних органов и систем. Это позволяет воздействовать не только на напряжение в мышцах конечностей и тела, но и на внутренние органы. Лечебный эффект связан как с релаксацией, так и с целенаправленным самовнушением. Этот вид психотерапии оказывает успокаивающее действие на эмоциональную сферу. Тренировочная психотерапия требует от больного более активного отношения к своему лечению, поэтому результаты от ее применения лучше, чем только от внушения. Аутогенная тренировка может использоваться при лечении детей и подростков, для чего были разработаны ее модификации для детей. Возможность применения этого вида психотерапии определяется не возрастом пациента, а его интеллектом, волей и эмоциональным отношением к болезни. Несмотря на возрастные ограничения, мышечную релаксацию используют даже в 3—4-летнем возрасте (Буянов М. И., 1990).

Тренинг самоутверждения

У неуверенных в себе детей и подростков заторможенность может возникать в процессе научения, когда их наказывают за нежелательное поведение. Быть уверенным в себе означает уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. У детей с психическими расстройствами часто неуверенность является переживанием, составляющим часть механизма, лежащего в основе заболевания. В связи с этим тренинг самоутверждения может оказаться одним из эффективных средств.

Поведенческая (бихевиориальная) терапия

Этот вид терапии предназначен для исправления патологических форм поведения как у больных, так и у детей с отклонениями в развитии. Она основана на учении об условно-рефлекторной деятельности, т. е. об обучении. Разнообразные методики этого вида терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения (энурез, анорексия, негативизм, мутизм и др.). С этой целью из поведения вычленяют те элементы, которые будут поощрять или подвергать наказанию, выбирают оптимальную программу и организуют обстановку, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Подкреплением желаемого поведения могут быть проявление заинтересованности взрослого, поощрения, похвалы, конфеты, орехи, лимонад или оценка, например в форме жетонов или баллов. «Плохое» поведение может сопровождаться отсутствием подкрепления, игнорированием того, что делает ребенок, созданием для него неприятной ситуации. В последнем случае ребенка можно оставить в одиночестве. При применении наказания следует учитывать его отрицательные стороны:

1) может оказаться подкреплением отрицательного поведения;
2) может разрушить поведение, вызывая панику или обиду ребенка;
3) может сыграть роль дурного примера;
4) может оказать неблагоприятное воздействие на того, кто его применяет.

Замечания и неодобрение необходимы, хотя наказания нужно применять умеренно, и только иногда они могут составлять основу курса лечения (Раттер М., 1984).

Примером может быть преодоление отказа жевать твердую пищу детьми дошкольного возраста. В качестве подкрепления жевания используют похвалы, одобряющие улыбки родителей, небольшие порции предпочитаемой ребенком пищи, любимые телевизионные передачи. Отказ от предлагаемой еды полностью игнорируют. Постепенно вводятся сначала малые, а затем и большие порции отвергаемой ребенком пищи, расширяется ассортимент блюд.

Десенситизация

Как вариант поведенческой психотерапии представляет собой искусственное воспроизведение болезненных переживаний с целью снятия эмоционального напряжения и уменьшения чувствительности ребенка или подростка к определенным раздражителям. Например, в процессе десенситизации подросток по рекомендации психотерапевта мысленно воспроизводил пережитую неприятную ситуацию, приведшую к невротическому состоянию. Неоднократное мысленное воспроизведение им в течение нескольких минут избиения и оскорблений, перенесенных в школе, сопровождавшихся комментариями психотерапевта, привели к исчезновению эмоциональных и соматических расстройств (Буянов М. И., 1990).

Парадоксальная интенция (Frankl V. E., 1947)

Это метод, применяемый у больных при наличии психических или психосоматических симптомов, повторения которых они боятся. Смысл метода заключается в том, что больной вырабатывает позицию отстранения от пугающего его соматического расстройства, например непроизвольного мочеиспускания. С помощью этого метода достигают мобилизации способности больного к дистанцированию от тревожащих симптомов. Инструментом реализации новой позиции по отношению к симптому может быть юмор, который дает возможность взять над собой контроль.

Терапия методом установления обратных биологических связей (БОС)

Лечение детей нередко затруднено из-за того, что они не отдают себе отчета об имеющихся расстройствах. Чтобы помочь таким больным, применяют регистрацию электрической активности мышц при непроизвольных сокращениях, включение звучания звонка при непроизвольном мочеиспускании, фиксирование кожно-гальванического рефлекса для уменьшения эмоционального напряжения. Ребенок, получающий объективную информацию о состоянии своих органов или систем по показателям приборов, учится произвольно уменьшать замеченные нарушения в соматической или эмоциональной сфере. Этот метод состоит из комплекса процедур, при проведении которых больному посредством внешней обратной связи, главным образом с помощью компьютерной техники, подается информация о состоянии управляемой им функции в настоящий момент. Метод помогает обучиться управлению пострадавшей функцией, развить навыки самоконтроля и саморегуляции нарушенных болезнью показателей.

Основными элементами терапии БОС являются:

1) непрерывный мониторинг управляемой (болезненно нарушенной) функции в реальном масштабе времени;

2) предъявление больному сенсорных сигналов, несущих информацию об изменениях регулируемой (болезненно нарушенной) функции;

3) побуждение испытуемого к овладению навыками саморегуляции с помощью инструкций.

Получая информацию о результатах тренировки управлением болезненно нарушенной функции, ребенок имеет возможность изменить поведение, сравнивая успех или неудачу при обучении с предшествующими событиями. Метод имеет большое психотерапевтическое значение для больного ребенка, позволяет сформировать правильное отношение к расстройству, лучше понять его природу.

Арттерапия

Терапия изобразительным творчеством, которую используют в качестве средства общения при совместном рисовании, для расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование (Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982).

Изобразительная деятельность детей позволяет без слов выразить свои мысли. Использование продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, создания масок, выпиливания) облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения. Рисунок семьи, выполненный ребенком, характеризует его положение в семье и выявляет конфликтные взаимоотношения между родителями, между родителями и ребенком. Свободно избранный сюжет позволяет ребенку обратить внимание на трудности, возникающие в детском коллективе, и показать его переживания (страхи, опасения). Психотерапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4—11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психотерапии изменений.

Библиотерапия

Это использование специально отобранного для чтения материала с целью решения личных проблем ребенка при помощи направленного чтения. Этот метод может быть фактором, отвлекающим больного от мыслей о болезни, болезненном состоянии, помогающим переносить физические страдания. Библиотерапию

можно использовать как часть психотерапии. Применение этого метода в качестве самостоятельного, наряду с другими терапевтическими вмешательствами, требует участия специально подготовленного библиотекаря. Книги подбирают в соответствии с определенными принципами. В одних случаях это книги, соответствующие заболеванию подростка или ребенка. В других — их выбор обусловлен ожидаемым или возможным психотерапевтическим эффектом (седативным, стимулирующим и т. п.). В третьих — книги с сюжетом, соответствующим психотравмирующим обстоятельствам, «приведшим» к психическому или психосоматическому расстройству. Книги, предлагаемые больному, должны быть доступны по степени сложности изложения материала, герой произведения должен быть адекватен представлениям больного, содержание должно соответствовать характеру психотравмирующей ситуации. Библиотерапия проводится в индивидуальной форме или группе. Этот метод — лечебно-педагогический процесс, что важно при курации детей и подростков, особенно нуждающихся в воспитательных мерах во время заболевания.

Музыкотерапия

Это психотерапевтический метод, в котором музыку используют в качестве средства воздействия на психику и через нее — на организм больного. При помощи этого метода происходит эмоциональная стимуляция в процессе вербальной психотерапии, развиваются навыки межличностного общения, оптимизируются психовегетативные процессы, повышается уровень эстетических потребностей. Музыка способствует эмоциональной разрядке, регулированию настроения, облегчению осознания собственных переживаний, противостоянию жизненным проблемам, повышению социальной активности, облегчению формирования новых отношений и установок. Музыкальная терапия может быть активной и рецептивной. В первом случае это направленная активная музыкальная деятельность. Во втором случае больной с лечебной целью прослушивает рекомендованные музыкальные произведения. Музыкотерапию часто используют при групповой психотерапии (Шевченко Ю. С., 1995).

Групповая психотерапия

Понятие «групповая психотерапия» имеет три значения:

1) совместная деятельность участников группы в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение в лечебный процесс, расширение интересов и контактов, развитие коммуникативных навыков;

2) гипноз, аутогенная тренировка, разъяснение, убеждение, проводимое в группе детей (подростков);

3) процесс, основанный на групповой динамике, в котором основным инструментом психотерапевтического воздействия является психотерапевтическая группа.

Предпочтение индивидуальных или групповых форм психотерапии зависит не только от состояния ребенка и индивидуальных склонностей психотерапевта, но и от специфики этих форм. Ребенок может чувствовать себя трагически одиноким в мире, где он «не такой, как все», а групповая психотерапия дает ему чувство общности с другими, переживание своего права участвовать во всех сферах жизни. Она создает условия для реализации группового взаимодействия, социально-ролевого тренинга. Групповую работу в нозологических группах посвящают тому, что беспокоит пациента в связи с болезнью или состоянием отклоняющегося развития. Занятия в группе открывают пути для формирования оптимального образа

жизни. Выздоравливающие или успешно адаптировавшиеся становятся не только примером для остальных, но берут на себя роль старших.

Групповая психотерапия подростков (серия межличностных интеракций в малой группе) нацелена на формирование у ее участников адекватной самооценки и целостной «Я»-концепции, конфронтацию с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных вариантов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов, раскрытие своих переживаний и их вербализацию. Ее используют также для совершенствования навыков управления ситуацией, обучения строить отношения с другими во взаимодействующей манере (Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1990). Из трех видов групповой психотерапии — образовательной, аналитической и основанной на действии — подросткам более всего подходит последний вид. Это объясняется психологическими особенностями возраста: стремлением группироваться, потребностью в интимности и кооперации, тревогой, вызванной открытием субъективного мира и формированием образа «Я», тягой к расширению диапазона ролевого поведения, конкретностью мышления и эмоциональной непосредственностью, сохранившимися с детства.

Игровая терапия

Она основана на том, что игра может моделировать деятельность, воспроизводящую (по аналогии с реальностью) воображаемую желанную действительность. Игра дает ребенку или подростку возможность пережить удачи, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные способности (Вольперт И. Е., 1979). Игры у детей — важный материал для раскрытия эмоциональных отношений и душевных конфликтов. Используют спонтанную (неуправляемую) и направленную игру. Первая уменьшает эмоциональное напряжение, создает интерес к лечению. Ее терапевтическая ценность заключается в возможности эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования конфликтов и страхов. Вторая тренирует психические процессы, улучшает выносливость к неприятным переживаниям, формирует наиболее эффективное приспособительное поведение, стимулирует активность, перестраивает отношения детей с окружающими, обучает адаптивным навыкам, благоприятствует развитию познавательных, эмоциональных, сенсорных и моторных функций. Направленную игру проводят по плану, но не вводят строгих ограничений ролевого поведения, допуская импровизации. Игры с более жесткими правилами полезны для диагностики.

Психотерапевт руководит игровой активностью и учитывает переживания ребенка в качестве условий игры. Ребенок и психотерапевт разделяют ответственность за принятие решений. Психотерапевт моделирует стрессовые ситуации, которые ребенок должен преодолевать по собственному разумению. Если это не удается, психотерапевт помогает ему, демонстрируя поведение своего персонажа. Игровая терапия наиболее эффективна у детей дошкольного и младшего школьного возраста, но ее можно использовать и для лечения подростков в моделируемой ситуации, обучая принятию решений в момент стресса. Для игровой терапии можно использовать компьютер с соответствующими программами.

Имаготерапия

Этот метод психотерапии заключается в обучении клиента воспроизводить определенный комплекс образов с лечебной целью. В результате ребенок (подросток) должен научиться адекватно реагировать на трудные жизненные обстоятельства. Имаготерапия проводится в группе. На первом этапе примером может служить образ рассказчика, в ситуацию которого ребенок вживается и в кото-

рой переживает все, что соответствует вымышленным обстоятельствам. Образ подбирают в соответствии с лечебным воздействием. Для усиления эффективности метода используют элементы инсценировки житейских ситуаций. На втором этапе рассказ драматизируют. Разыгрывают в лицах части повести или романа, инсценируют вымышленные ситуации. На третьем этапе занятия проводят в лечебной драматической студии. Для проигрывания предлагают образы, которые соответствуют жизненным обстоятельствам, приведшим к расстройству. Используют отвлечение, убеждение, разъяснение, внушение, имитационное поведение, эмоциональную поддержку, обучают новым способам поведения.

Семейная психотерапия

Семью всегда включают в систему психотерапии. Здоровье семьи как социального организма и здоровье ее взрослых членов оказывает нормализующее влияние на ребенка. Отсутствие семьи или заменяющих ее лиц ограничивает психотерапию обращением к личности самого ребенка. При этом необходимо учитывать не только психическое расстройство, но и личностную специфику растущего вне семьи ребенка, осознаваемые и неосознаваемые переживания сиротства. Психотерапевт должен найти ту личностную дистанцию, которая позволяет помочь. Последствия сокращения дистанции между ним и ребенком по окончании лечения могут оказаться травматичными. В одних случаях это сохранит болезненную симптоматику с целью психологической защиты, в других — после завершения терапии приведет к развитию невротических реакций и/или поведенческих нарушений.

Семейная психотерапия направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье (Мягер В. К., Мишина Т. И., 1979).

Семейными «вредностями» могут быть: длительное эмоциональное напряжение вследствие психогенной травматизации и нарушения жизнедеятельности семьи, нарушение семейных представлений о целях семьи и потребностях ее членов, нарушение семейного общения, обычно связанное с неудовлетворенностью одного из членов семьи и невозможностью назвать ее причину, нарушение семейных механизмов взаимодействия с возникновением взаимного побуждения, принуждения и отчуждения, структурно-ролевые нарушения в семье, приводящие к возникновению ролей «козла отпущения», «неисправимого» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999).

Родительская семья играет роль в формировании таких расстройств, как конверсия и патологическая личность (инфантильность, алекситимия), и может способствовать понижению выносливости к стрессу, обострению чувствительности к «утратам значимого объекта». Существуют семьи, имеющие аномальные взаимодействия, способствующие возникновению психосоматических и психических расстройств. К ним относятся семьи, в которых существуют: запутанность взаимоотношений с вторжением в личные привязанности и неясным положением индивида в семье, сверхзащита — постоянная чрезмерная забота о состоянии здоровья членов семьи, ригидность с постоянной тенденцией к сохранению прежнего положения и состояния семьи, неумение разрешать конфликты, зависящие от аномальных взаимодействий и приводящие к неспособности противостоять трудностям. Неразрешенные проблемы, угрожая семье, снова и снова активируют механизм избегания, включая и провокации болезни ребенка (Minuchin S. [et al.], 1975).

Психотерапия неблагополучных семейных отношений складывается из этапа диагностики (обсуждения), во время которого с родителями согласовывают план коррекции супружеских и родительских отношений, и этапа совместной психо-

терапии ребенка и родителей. Направление лечения определяется содержанием семейного конфликта. Раздельное обсуждение его с каждым членом семьи дополняют игровой терапией, которая является импровизацией на темы, предложенные ребенком, родителями и психотерапевтом. При терапии детей используют кукол-марионеток. Особенно эффективна смена ролей родителями и детьми. Помогает создание психотерапевтом модели отношений с ребенком. Совместная деятельность в процессе лечения фактически становится обучающим экспериментом.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Успех психофармакотерапии (применения медикаментозных средств с целью воздействия на психические расстройства) в каждом случае зависит от правильного решения нескольких взаимосвязанных задач:

1) целесообразности обращения к психофармакотерапии;
2) вида воздействия психофармакотерапии (симптоматическая, патогенетическая или сопутствующая), например при сочетании психических и соматических нарушений;
3) выбора препарата с учетом его психо-, сомато- и вегетотропного действия, совместимости с другими лекарственными средствами;
4) подбора оптимальных доз;
5) определения длительности психофармакотерапии;
6) сочетания с психотерапией.

Существуют две группы показаний к назначению психофармакотерапии:

1) наличие в структуре заболевания психопатологических симптомов и синдромов (например, тревоги, депрессии);
2) наличие соматических нарушений, на которые психотропный препарат оказывает «прицельное» лечебное действие (например, селективная способность антидепрессантов тормозить метаболизм серотонина для купирования болей).

Необходимо представлять эффект того или иного лекарственного препарата. Например, действие транквилизаторов у разных детей с болями в животе, возникающими в «школьной ситуации», различно. У тревожной личности транквилизаторы могут успешно подействовать на симптом. При последствиях недавно пережитых трудностей в школе они могут, разрушив патологический стереотип, повлиять на механизм, лежащий в основе возникновения болей, а в случае развития болей по истерическим механизмам не дать никакого эффекта. Успех психофармакотерапии будет выше, если в патогенезе заболевания, психофизиологические механизмы имеют большее значение, чем личностные. Выбор препарата определяется структурой психопатологического синдрома, его соответствия спектру действия препарата и особенностям жизненного ритма.

Оптимизация дозировок. Как правило, при невротических, психосоматических расстройствах используют умеренные дозы психотропных средств. При суточном распределении доз следует учитывать особенности симптоматики, ритм жизни больного, период действия препарата в организме. Очень короткий курс лечения даже точно подобранного препарата оказывает лишь симптоматическое действие, создавая условия для возобновления симптоматики.

У многих детей с психическими расстройствами развивается астения. Для ее лечения назначают общеукрепляющие и стимулирующие средства, которые позволяют преодолеть раздражительность, физическую и психическую истощаемость, устранить вегетативные расстройства. При астенических состояниях с выраженными раздражительностью и беспокойством рекомендуют транквилизаторы, смягчающие эмоциональную возбудимость и аффективную насыщенность переживаний.

С целью исправления нарушенного поведения — двигательного беспокойства, агрессивности, замкнутости, заторможенности — назначаются препараты, действие которых направлено на их коррекцию.

Если при психических расстройствах у детей имеются болевые проявления, используют средства, обладающие анальгетическим эффектом.

Стресс-протекторы

При стрессе, связанном с чрезвычайно трудными обстоятельствами, возникают эмоциональное мышление и поведение, ведущие к поиску выхода из невыносимой ситуации. Одновременно происходит активация адренергической и гипофизарно-адреналовой систем, обеспечивающих возможность адаптации к новым условиям. Многократная (предшествующая психотравме) мобилизация систем, смягчающих действие стресса, в результате привыкания к легким стрессорам может предупредить возникновение заболеваний и улучшить эмоциональное состояние ребенка. Для улучшения переносимости стресса используют средства, обладающие активирующим действием, — препараты растительного происхождения (родиола розовая, женьшень, левзея, элеутерококк, маньчжурская аралия, заманиха, китайский лимонник). Применяются также седативные медикаменты (бромкамфора, настойка валерианы, валокормид, бромиды калия и натрия, корвалол, валоседан, экстракт пассифлоры, настойка пустырника). Ноотропные препараты (пирацетам, пиридитол, пантогам, аминалон, фенибут), нормализующие метаболизм в ЦНС, оказывают благотворное воздействие на мышление, память, внимание и благодаря этим эффектам являются также хорошими адаптогенами. С целью смягчения эмоционального компонента переживаний ребенка назначают транквилизаторы. Они также снижают восприимчивость к раздражителям из внутренних органов через нормализующее влияние на вегетативную нервную систему. Благодаря этим свойствам транквилизаторы можно отнести к адаптогенам. Наиболее часто используют бензодиазепины и другие препараты (диазепам, алпразолам, мезапам, тофизепам, феназепам, хлордиазепоксид, флуразепам, клоназепам, фризиум), которые не снижают работоспособности и внимания, улучшают общение и облегчают проведение психотерапии.

Антидепрессанты

Для лечения депрессий, сочетающихся с тоскливостью, психической и моторной заторможенностью, вялостью, ипохондрическими переживаниями, предпочтительно назначение антидепрессантов: имизина, пиразидола, людиомила. Некоторые антидепрессанты (амитриптилин) не только улучшают настроение, но и оказывают успокаивающее действие. В связи с этим их применяют при депрессивных состояниях, комбинирующихся с тревожными проявлениями, при ночном энурезе, реактивной депрессии, навязчивостях. Кломипрамин улучшает настроение, не обладая стимулирующим действием, что позволяет назначать его детям, страдающим тревожным состоянием, паническим расстройством, фобиями, болями, энурезом.

Нейролептики

В тех случаях, когда тревога или депрессия сочетаются с психической или моторной расторможенностью, возбуждением, другими нарушениями поведения, навязчивостями или перечисленные выше лекарственные препараты не эффективны, показаны нейролептики. Обычно достаточно назначения небольших доз нейролептиков мягкого седативного действия (меллерила, тизерцина) в сочетании с транквилизаторами (диазепамом, феназепамом). При отсутствии благоприятного эффекта применяют нейролептики с более выраженным седативным действием: аминазин (хлорпромазин), неулептил (перициазин).

Двигательное беспокойство, расторможенность, суетливость, аффективная неустойчивость и взрывчатость иногда поддаются воздействию средств, нормализующих эмоциональное состояние, или нормотимических препаратов (карбонат лития) и противосудорожных средств (карбамазепин). Для коррекции нарушений поведения используют также дифенин, хлоракон, бензонал, конвулекс.

У детей с минимальной мозговой дисфункцией рекомендуют ацефен, сиднокарб, сиднофен, страттера.

При болевом синдроме применяют средства, обладающие противоболевым действием (парацетамол, ацетилсалициловая кислота, индометацин, ибупрофен), а также антидепрессанты совместно с ноотропами, транквилизаторами и иногда с нейролептиками (Антропов А. Ф., 1999).

Вопросы

1. Принципы терапии психических расстройств у детей. 2. Концепции терапии психических расстройств у детей. 3. Особенности психотерапии психических расстройств у детей. 4. Суггестивная психотерапия. 5. Рациональная психотерапия. 6. Поведенческая психотерапия. 7. Терапия методом установления обратных связей. 8. Арттерапия. Музыкотерапия. 9. Групповая психотерапия. 10. Игровая терапия. 11. Семейная психотерапия. 12. Принципы фармакотерапии.

Литература

Болдырев А. И. Эпилепсия у детей и подростков. — М. : Медицина, 1990.
Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. — Л. : Медицина, 1988.
Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков. — Минск : Беларуская навука, 1999.
Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1995.
Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия. — М. : Медицина, 1995.
Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. — М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997.
Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок, пути помощи. — М. : Теревинф, 1997.
Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. — М. : Мир, 2000.
Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Питер, 1999.
Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — СПб. : Питер, 1999.

Глава 31. ВОСПИТАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воспитание и обучение психически больных детей и подростков, а также детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами — часть лечебно-восстановительной работы и фактически является реабилитацией.

Реабилитация больных детей и подростков — процесс, цель которого предупредить развитие предотвратимой инвалидности в период лечения заболеваний и помочь инвалидам в достижении максимальной физической, психической и социальной полноценности, на которую они годны, в рамках существующего заболевания или состояния.

Цель реабилитации заболевших детей — восстановление утраченного социального статуса, возвращение к прежней учебной и другой деятельности или сохранение у них такого социального статуса и уровня активности, который соответствует их возможностям.

Психологическая реабилитация направлена на восстановление психических отклонений. Ввиду этого она всегда психолого-педагогическая реабилитация, и поэтому ее нередко называют коррекционным воспитанием. Коррекционный воспитательский процесс является восстановлением психических проявлений и способностей после какого-либо нарушения.

Задача психологической реабилитации — создание, если тому не препятствует тяжесть заболевания, равновесия в психике и поведении ребенка, соответствующего норме, т. е. поведению, адекватному возрасту ребенка и среде, в которой он живет. Конечная цель психологической реабилитации — включение и интегрирование поведения подростка (ребенка) в социальную среду в соответствии с требованиями нормальной жизни. Усилия психолого-педагогической реабилитации (коррекционного воспитания) направлены именно на создание системы методов и средств восстановления с учетом всей сложности нарушений психики детей, которые вместе с тем доступны для осуществления в обычных условиях учебных или лечебных учреждений при наличии руководящей помощи со стороны психологов, педагогов, а при необходимости и врачей.

Отклонения в психике и поведении больных детей определяются многими факторами: 1) наличием в клинической картине больных продуктивной симптоматики (расстройств восприятия, эмоциональных и двигательных нарушений и т. д.); 2) существованием стойких негативных симптомов (интеллектуальных и мнестических нарушений или апато-абулических состояний); 3) процессуальным характером этих расстройств или стационарностью, неизменностью психической патологии; 4) периодичностью или пароксизмальностью появления и течения отклонений в психике или поведении.

Психические расстройства у детей различны не только по своим проявлениям, но и по тяжести и происхождению. Естественно, что поведение больных зависит от их возрастных и индивидуальных особенностей.

Каковы бы ни были различные по проявлениям и выраженности отклонения в поведении, во всех случаях нарушается равновесие между ребенком (подростком) и окружающей средой, что приводит к возникновению затруднений в приспособлении к ней.

В связи с этой нарушенной адаптацией больные, испытывающие бóльшие или меньшие затруднения, мешающие им проявить себя как другие люди, нуждаются в помощи, так как без нее они не способны интегрироваться в социальной среде и занять нормальное место в обществе.

Показания, обуславливающие необходимость психолого-педагогической реабилитации, различны. *Социально-экономические показания* возникают в тех случаях, когда подросток (ребенок) при нарушении психического равновесия, ограниченных способностях, например при задержке психического развития или синдроме гиперактивности, не в состоянии полноценно включиться в учебный труд и вписаться в режим учебного учреждения. Общественные средства, усилия воспитателей расходуются неэффективно, подросткам (детям) не обеспечивается возможность развития, необходимого для того, чтобы они стали полноценными членами общества.

Подросток (ребенок), не восстановивший полностью свою активность и способности после перенесенного психического заболевания, даже при незначительных отклонениях от нормы с трудом может вернуть нормальное самочувствие. Более того, это состояние может оказаться серьезным препятствием для полноценного развития личности. Переживание своих затруднений создаст дополнительные расстройства, напрямую не связанные с основным заболеванием: тревожность, подавленность, неверие в свои силы, что ухудшит и без того невысокую работоспособность, адаптивные возможности и может привести к более серьезным расстройствам психики. Именно в этих случаях появляются *психологические показания для реабилитации*, в ходе которой должны быть сформированы новые отношения, новые навыки, соответствующие возрастным и индивидуальным особенностям больного подростка (ребенка) и необходимые для возвращения нормальной адаптации и трудоспособности.

ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА

Существование психологических и педагогических показаний для реабилитации больных детей привело к созданию специальной отрасли психологии и педагогики, которая изучает психические расстройства и аномалии развития с целью выработки путей их преодоления.

Такой отраслью является лечебная педагогика, становлению которой способствовали работы В. П. Кащенко, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухаревой, В. В. Ковалева, М. С. Певзнер, К. С. Лебединской, В. С. Мановой-Томовой, Я. Коменского, В. Штромайера, Ф. Гомбургера, Х. Аспергера и многих других. Лечебная педагогика — это педагогическое воздействие на личность больного ребенка (подростка) с лечебной целью. Объект лечебной педагогики — все больные дети, имеющие трудности во время обучения в школе, при воспитании в семье и школе, дети, педагогически и социально запущенные. К ним относятся также дети с отклонениями в развитии, дети с характерологическими трудностями, дети из групп риска или уже совершившие противоправные действия.

Успешность усилий лечебной педагогики связана с использованием в своей деятельности успехов возрастной физиологии, детской и подростковой психиатрии, медицинской и специальной психологии, патопсихологии, психогигиены,

индивидуальной и семейной психотерапии. Так, например, коллективная психотерапия является комбинацией психотерапевтических и лечебно-педагогических методов. Психотерапия всегда содержит элементы воспитания, а лечебная педагогика сопровождается психотерапевтическим воздействием.

Задачи лечебной педагогики — коррекция поведения, ликвидация связанной с болезнью педагогической и социальной запущенности, стимуляция эмоциональной, интеллектуальной и социальной активности, направленной на восстановление возможности и желания учиться (педагогическая реабилитация по Ковалеву В. В., 1973) или же приобретение профессиональных навыков. По мнению Е. М. Мастюковой (1997), задачей лечебной педагогики детей раннего и дошкольного возраста является стимуляция и коррекция развития эмоциональной, познавательной сферы, психомоторики, речи, личности ребенка.

Основной принцип лечебной педагогики — единство лечебного и педагогического процессов. Разрабатывая коррекционную педагогическую программу, следует учитывать нозологическую принадлежность заболевания, основные проявления ведущего нарушения, этап развития заболевания, сохранные и компенсаторные возможности ребенка, степени социальной и педагогической дезадаптации, отклонения в развитии и возраст. Необходим также *индивидуальный подход* к каждому ребенку, учитывающий своеобразие развития, состояние как психического, так и соматического здоровья, а также особенности характера. Важно *сочетать* индивидуальную коррекционную воспитательную работу с оздоравливающим влиянием на окружающую микросоциальную среду.

Требования, предъявляемые больным, должны соответствовать их психическим и физическим возможностям, что должно способствовать подъему настроения, повышению самооценки и веры в способности.

Ведущая фигура в лечебно-педагогической работе — педагог, который, взаимодействуя с ребенком (подростком), создает эмоциональную положительную атмосферу и благодаря этому имеет большие возможности для коррекционного воспитательного воздействия. Наряду с педагогом в коррекционно-воспитательной работе должны принимать участие врачи и средний медперсонал. План лечебно-корригирующих и воспитательных мероприятий составляется совместно педагогом и врачом.

Воспитание детей (подростков) с нервно-психическими болезнями, с поведенческими отклонениями или с расстройствами личности проводится как в условиях специальных образовательных учреждений, так и в общеобразовательных учреждениях.

Существуют сеть специальных дошкольных образовательных учреждений, дошкольные группы при специальных школах, специальные группы при детских садах общего типа, специальные детские дома для детей с задержками общего и речевого развития, умственной отсталостью, отклонениями в развитии зрения, слуха, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Организованы специальные коррекционно-диагностические группы для детей с ранним аутизмом.

Имеются *специальные образовательные учреждения для детей школьного возраста,* нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, в которых осуществляется коррекционная воспитательная работа. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы) для детей с ограниченными возможностями здоровья представлены восемью видами: 1) для неслышащих (I вид); 2) для слабослышащих детей (II вид); 3) для незрячих (III вид); 4) для слабовидящих детей (IV вид); 5) для детей с речевой патологией (V вид); 6) для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (VI вид);

7) для детей с задержками психического развития (VII вид); 8) для умственно отсталых детей (VIII вид).

Появляются общеобразовательные учреждения, где осуществляются интеграционные формы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья.

Образовательные учреждения санаторного типа для детей (подростков), нуждающихся в длительном лечении, санатории для детей с нервно-психическими, соматическими и психосоматическими заболеваниями, учебно-воспитательные учреждения для детей (подростков) с девиантным (общественно опасным) поведением, учебные подразделения учреждений здравоохранения, образовательные учреждения начального профессионального образования и другие также проводят коррекционную воспитательную работу.

Среди обучающихся и воспитанников образовательных учреждений увеличивается число детей (подростков) с отклонениями в развитии, пострадавших в социальных и экономических катастрофах, с делинквентным поведением, с хроническими соматическими и психосоматическими заболеваниями и т. д. Все перечисленные группы детей имеют те или иные отклонения в своем психическом состоянии и нуждаются в коррекционных воспитательных воздействиях.

Это привело к необходимости создания в образовательных учреждениях *специальной психологической помощи*. В центре ее внимания находятся дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностном и социальном развитии, а также те, кто имеет особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями здоровья.

Основная *цель службы специальной психологической помощи* в системе образования — выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями и их индивидуальными возможностями, создание условий для социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение обучающихся и воспитанников.

Эта основная цель реализуется в следующих *видах деятельности специального психолога*:

1) дифференциальная психологическая диагностика, направленная на выявление психологической структуры нарушения, определение сохранных зон развития для подбора соответствующего образовательного учреждения;
2) разработка индивидуальной психологической коррекционной программы, согласованной с учебным процессом, психологической структурой развития ребенка;
3) оценка учебной и социальной микросреды для организации оптимальных условий обучения и развития ребенка;
4) формирование и реализация индивидуальной коррекционной программы, встроенной в целостный процесс психолого-медико-педагогической коррекции развития ребенка с особыми образовательными потребностями; совместная с педагогом работа по развитию когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы, коррекция поведенческих проблем;
5) оказание помощи педагогам в организации адекватных условий обучения и воспитания для ребенка с особыми образовательными потребностями, рекомендации в отношении учебной нагрузки, параметров и формы оценки результатов обучения с учетом индивидуальных особенностей ребенка, предложения по подбору и распределению детей в классе;
6) консультирование и оказание помощи педагогу в организации и развитии взаимодействия между учениками в учебном процессе и за его пределами;

7) обеспечение психологической поддержки родителей и лиц, их заменяющих; психологическое консультирование семей, направленное на формирование адекватного воспитательного подхода к ребенку с проблемами в обучении, улучшение эмоционального контакта с ним, соотнесение возможностей ребенка с требованиями учебного процесса;
8) обеспечение социально-психологических предпосылок эффективной интеграции детей и подростков в образовательную социокультурную среду на разных возрастных этапах развития ребенка;
9) формирование психологической культуры субъектов образовательного пространства с целью подготовки процессов интеграции детей, имеющих отклонения в развитии, в социокультурную среду образовательного учреждения;
10) формирование у педагогов, воспитателей образовательных учреждений, родителей, а также детей и подростков потребности в психологических знаниях, желания использовать их в работе с ребенком или в интересах собственного развития, создавая условия для полноценного личностного развития (Шипицына Л. М., Жданова М. А., 1999).

ЧАСТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА

В лечении и реабилитации детей (подростков), больных неврозами, имеют большое значение лечебная педагогика и психотерапия. У больных неврозами обычно плохое внимание, легкая утомляемость, сниженная самооценка, чувство неполноценности, раздражительность, тревога, страх, депрессия. При этих и других проявлениях невротических расстройств и сниженном интеллекте они, обучаясь в школе, не могут полностью раскрыть свои возможности. Они неловки или беспомощны в бытовых ситуациях, имеют затруднения при общении. Они нуждаются в доброжелательном отношении воспитателей и педагогов, постоянной поддержке. Целесообразно уменьшать учебную нагрузку, предоставляя дополнительные дни отдыха. За счет уменьшения домашних заданий можно использовать время на мероприятия по укреплению здоровья и лечение. Живой, яркий, образный учебный материал облегчит усвоение общеобразовательной программы и отвлечет от болезненных переживаний. Предъявляемые больными жалобы должны встречать соответствующий понимающий отклик и душевную поддержку. Они нуждаются в терапии средой. Их следует вовлекать в общественную жизнь, помогать выполнять поручения, включать в малые группы для организации взаимной поддержки, всеми силами стремиться поднять у них самооценку. Постепенно нагрузка больных должна увеличиваться, с тем чтобы она соответствовала возможностям и позволяла преодолевать жизненные трудности.

Коррекционная педагогическая работа с детьми (подростками), страдающими церебрастенией, проводится с учетом имеющихся у них психической слабости, утомляемости, истощаемости, нарушений памяти. В связи с этим приходится пользоваться приемами, облегчающими запоминание. Помочь может более широкое использование зрительных образов. Создание наглядных пособий самими учащимися также способствует лучшему усвоению материала. Облегчение преподаваемого материала и снижение требований, сочетающиеся с предоставлением дополнительного отдыха, — важные условия лечебной педагогики при этой форме психопатологии. При повышенной аффективной возбудимости, раздражительности, склонности к ссорам дети нуждаются в занятиях, соответствующих возможностям и к которым они проявляют предрасположенность. Привлечение их к общественным обязанностям облегчает адаптацию.

Лечебная педагогика подростков (детей) с *расстройствами личности* (психопатией) направлена на коррекцию патологических личностных реакций, связанных с повышенной общей возбудимостью или же с заторможенностью, на ликвидацию педагогической и социальной запущенности и связанных с ней асоциальных тенденций и отрицательного отношения к учебе. Успеха в коррекционной воспитательной работе можно добиться лишь при согласованных действиях психологов, социальных работников, педагогов, медиков и членов семьи. Строгий режим, чередование учебы, труда и отдыха должны быть главным условием лечебно-педагогических мер. Среди разных форм трудового воспитания — привлечение к полезной и интересной деятельности: уходу за животными, работе в огороде и саду, в столярных, швейных мастерских, занятиям в художественных кружках и т. д. Большое значение для перевоспитания больных имеет участие в коллективной работе и общественной деятельности.

При преобладании *повышенной аффективной возбудимости* наиболее эффективными могут оказаться систематические занятия трудом и спортом, регулярные поручения, воздействие коллектива, обсуждающего поведение подростка (ребенка).

При синдроме *эмоционально-волевой неустойчивости* необходимо выработать понимание чувств окружающих, положительную трудовую установку, ответственность за порученное дело, что может уменьшить несамостоятельность, пассивность и безответственность.

Детям и подросткам с *истероидными чертами личности* требуется ровное, без всяких скидок отношение, интересное и посильное для них занятие, преодоление их представлений о собственной исключительности, обучение умению подчинять собственные интересы интересам семьи, коллектива, воспитание чувства товарищества.

Тормозимые, робкие, неинициативные дети смогут преодолеть эти черты вовлечением в коллективные формы деятельности с постоянным поощрением даже малейшего успеха.

Организация коррекционной психолого-педагогической работы с детьми (подростками) с расстройствами личности должна учитывать, что они, несмотря на сохранный интеллект, из-за предшествующего негативного опыта не имеют интереса к учебе. Весь учебный процесс должен быть стройным и четким. Материал следует излагать максимально разнообразно. Оценка знаний проводится в щадящей самолюбие форме. Для восстановления побуждений к учебе задания целесообразно давать в четкой форме, сопровождая их планом выполнения, гарантируя будущие успехи (Невский И. А., 1970).

Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными *эпилепсией,* должна принимать в расчет интеллектуальные способности, изменения личности, эмоциональные преходящие расстройства (дисфории), частоту и характер припадков. Замедленность психических процессов, трудность их переключения, сниженная память требуют индивидуального подхода. Этот подход заключается в том, чтобы позволить больным усваивать учебную программу в своем темпе. Полезны повторения, наглядность и конкретизация учебных заданий, а также инсценировки. Развитию способности к переключению способствуют лечебная физкультура, занятия ритмикой и музыкой. Больные нуждаются в специально отведенном для них месте. Характерологические особенности — усидчивость, сосредоточенность, педантизм, устойчивая работоспособность — облегчают реабилитацию больных. Однако иногда возникающие у них дисфории, сопровождающиеся раздраженностью и злобностью, заставляют воспитателей в «плохие дни» быть особенно внимательными и при необходимости лишать их возможности общаться, чтобы спровоцированная агрессия не принесла серьезного вреда окружающим. При появлении у детей припадков приходится учитывать возмож-

ность ухудшения у них сообразительности и памяти. В связи с этим приходится предоставлять им отдых и уменьшать учебную нагрузку.

Коррекционно-педагогическая работа с детьми и подростками, страдающими *шизофренией*, проводится в зависимости от тяжести клинических проявлений психоза, особенностей симптоматики, типа течения и выраженности стойких психических изменений. Она строится в зависимости от их возможности продолжать учебу. В процессе обучения рекомендуется методика полуфронтальных уроков (Окунева Р. И., Сметанина А. А. [и др.]). В одном помещении может быть несколько классов. Всем детям одновременно дается простое задание, требования предъявляются соответственно возможностям и знаниям каждого. Получив темы сочинений или творческих диктантов, больные самостоятельно их дорабатывают. Используются рассказы по картинкам и карточкам, а также дидактические игры. Такие занятия положительно «заряжают» больных детей, активизируют их и позволяют педагогам выявлять уровень их возможностей и особенности психопатологии. Уроки строятся с учетом того, что больные отличаются недостаточной целенаправленностью, рассредоточенным вниманием, разлаженностью и вычурностью мышления, снижением психической активности, сочетающейся нередко с хорошей словесной памятью и развитой способностью к абстрагированию. Отношение больных к занятиям может быть обусловлено бредовыми переживаниями или убеждением в своей неспособности. В некоторых случаях наблюдается обратная картина, когда больные переоценивают свои возможности. Без установления эмоционального контакта с больным обычно его не удается вовлечь в учебу и другую полезную совместную деятельность. Педагогам приходится постоянно корригировать поведение больных, их деятельность, помогать устанавливать взаимоотношения со сверстниками и взрослыми, обучать нормам общественной жизни. Чтобы педагогический процесс мог служить терапевтическим целям, он должен быть чрезвычайно гибким и разнообразным. Педагогическая работа детского учреждения (школьные занятия, мастерские, клубная работа, физкультура, организация детского коллектива) должна быть построена таким образом, чтобы предлагаемый детям материал был достаточно наглядным, интересным, эмоционально насыщенным; он должен будить активность ребенка и подростка. Трудовые процессы должны соответствовать не только возможностям, но и специальным интересам этих больных, способствовать развитию в них новых навыков и социальных связей. Наиболее показанными для педагогической терапии являются вялотекущие формы и дефектные состояния. В острых приступах шизофрении прежде всего показано биологическое воздействие. Педагогическая терапия здесь может найти применение только как дополнительный фактор (Сухарева Г. Е., 1955).

Вопросы

1. Цель и задачи реабилитации. 2. Показания, обуславливающие необходимость психолого-педагогической реабилитации. 3. Лечебная педагогика. 4. Цели и задачи лечебной педагогики. 5. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения. 6. Специальная психологическая помощь. 7. Виды деятельности специального психолога. 8. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными эпилепсией. 9. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными шизофренией. 10. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками, больными неврозами. 11. Коррекционно-педагогическая работа, проводимая с детьми и подростками с расстройствами личности.

Литература

Голик А. Н. Введение в педагогическую психиатрию. — М. : УРАО, 2000.
Дробинская А. О. Школьные трудности нестандартных детей. — М. : Школа-Пресс, 1999.
Драпкин Б. З., Трифонов О. А. Лечебная педагогика при некоторых психических заболеваниях//В. В. Ковалев Психиатрия детского возраста. — М. : Медицина, 1979. — С. 585—602.
Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б. Детская социальная психиатрия для непсихиатров. — СПб. : Питер-Пресс, 2006.
Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. — М. : Владос, 1997.
Невский И. А. Некоторые особенности учебной деятельности педагогически трудных школьников // Лечебно-педагогическая работа с трудными детьми. — М. : Пед. об-во РСФСР, 1970. — С. 21—37.
Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. — СПб. : ИСПиП, 1999.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 2 т. — М. : Медгиз, 1955. – Т. 1; 1959. — Т. 2.
Чудновский В. С. [и др.]. Психолог и школа. — Ставрополь : УО, 1992.
Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. — СПб. : Речь, 2005.

Учебное издание

ИСАЕВ Дмитрий Николаевич

**ПСИХИАТРИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
ПСИХОПАТОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ**

Учебник для вузов

Подписано в печать 22.04.13. Формат $60 \times 88\ ^{1}/_{16}$.
Печ. л. 37,2. Тираж 3000 экз. Заказ №

Издательство «СпецЛит». 190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр. 29
Тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94
http://www.speclit.ru

Отпечатано с диапозитивов в ГУП«Типография „Наука“»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12